**FORMULAIRE** **CYGNE** Contact: info@cygnemed.ch

CYGNE
Centre Yverdonnois de GastroeNtérologie et Endoscopies

| | |
|---|---|
| **OGD** | |
| **Coloscopie** | |
| **Rectosigmoidoscopie** | |
| **Consultation** | |
| **Ultrason abdominal** | |
| **Fibroscan** | |
| **ERCP** | |
| **Coloscopie de dépistage cantonal (VD)** | |
| **Vidéocapsule du grêle** | |

**INDICATION et QUESTIONS POSEES:**

-Antécédents médicaux:

-Antécédents chirurgicaux abdominaux:

- Poids: - Taille: - SAOS: oui - non
- Pace-maker-neurostimulateur-défibrillateur: oui - non -Traitement anticoagulant: oui -PRECISEZ:

**PATIENT**
-Nom:
-Prénom:

-Date de naissance:

-Natel:

-Traitement en cours:

-Allergies:

-Examen endoscopique préalable: oui- non Si oui, précisez:

-En cas de demande d'examen endoscopique, le patient souhaite-il rencontrer au cours d'une consultation au CYGNE le médecin opérateur avant l'intervention? Oui Non