Référence générale en gastroentérologie

medForms.ch
© 2024, tous droits réservés

Patient

Nom
Prénom
Rue
NP / Lieu
Date naiss. Sexe
N° AVS
Téléphone
Mail

Destinataire

GLN RCC
Mail

Assurance

Adresse
GLN

Loi/Case

Motif du traitm.
Loi
N° d'assuré
N°/Date d'acc.

Date de l'examen

☐ urgente ◯ Patient se présente ⊗ Prendre rendez-vous dès le
◯ Rendez-vous pris le ::

Examen demandé

☐ Gastroscopie
☐ Coloscopie
☐ Sigmoïdoscopie flexible
☐ Proctoscopie
☐ Diagnostic fonctionnel
☐ Echographie
☐ Biopsie du foie
☐ Consultation gastroentérologique
☐ Consultation hépatologique
☐ Autre (veuillez préciser)

Indication / Question

Médicaments anticoagulants ◯ Non ◯ oui

Si vous avez des problèmes d'espace, vous pouvez utiliser le champ supplémentaire à la page suivante

Médecin ☐ Médecin = médecin de famille

Mail
GLN RCC
Tél.

Médecin de famille ☐ Copie des résultats au médecin de fam.

Mail
GLN RCC
Tél.

Date

Transmission électronique

«Envoi direct» est désactivé parce que le destinataire ne peut pas être adressé en toute sécurité (HIN-Mail|Medidata)!

medForms.ch
© 2024, tous droits réservés

Remarques