

Groupe Hospitalier Corentin Celton/HEGP /Vaugirard

Demande d'Endoscopies et Explorations Fonctionnelles Digestives

Téléphone : 01 56 09 34 37 Télécopie : 01 56 09 34 56

Unité Fonctionnelle d'Endoscopie Digestive Pr Cellier Pôle Cancérologie spécialités

Etiquette NIP Patient
Identité Patient

Date de la demande

____/____/____

Cachet du médecin

Nom :
Fonction :
Service
Poste :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Endoscopie haute | <input type="checkbox"/> Sclérose /ligature de V. O | <input type="checkbox"/> Pose de prothèse endoscopique |
| <input type="checkbox"/> Rectosigmoïdoscopie | <input type="checkbox"/> Echo endoscopie haute | <input type="checkbox"/> Gastrostomie percutanée |
| <input type="checkbox"/> Coloscopie | <input type="checkbox"/> Echo endoscopie rectale | <input type="checkbox"/> Dilatation endoscopique |
| <input type="checkbox"/> Entéroscopie haute | <input type="checkbox"/> Ponction sous écho endoscopie | |
| <input type="checkbox"/> Entéroscopie basse | <input type="checkbox"/> CPRE..... | |

Sans Anesthésie Générale

AVEC Anesthésie Générale

Motif détaillé de la demande (Indiquer si des prélèvements particuliers sont souhaités, même en l'absence de lésion)

- Antre
- Fundus
- D2
- Etagées coliques
- Rectales
- Autres

Anticoagulant ou antiagrégant

Non

Oui

Interrompre les anti agrégants et anticoagulants 7jours avant les examens programmés relais HBPM éventuel

Remise du consentement éclairé

Non

Oui

Merci de répondre aux questions suivantes indispensables à la réalisation de l'endoscopie :

Le patient est –il suspect ou atteint de la maladie de Creutzfeldt –Jacob ?(voir signes évocateurs *)

Non

Oui

*Apparition récente et d'évolution progressive, sans rémission :

-d'au moins un signe clinique neurologique

(ex : Myoclonie, troubles visuels, cérébelleux ou extra pyramidaux, ataxie, chorée, dystonie, symptômes douloureux sensitifs persistants, épilepsie, mutisme akinétique)

-associé à des troubles intellectuels (ex ralentissement psychomoteur, démence) ou psychiatriques (ex : dépression , anxiété. comportement de retrait . délire)

Patient est –il ERV porteur ? Non Oui

Patient est –il ERV contact ? Non Oui