

**Date du rendez-vous:** .....

**patient (e) prendra directement contact**

de préférence avec Dr.....

**NOM, Prénom:** .....

Date de naissance : .....

Adresse complète : .....

No de mobile/portable/Natel : .....

No de téléphone privé : .....

No de téléphone prof : .....

Adresse mail : .....

(Nom de l'assurance : .....) )

(No d'assuré : .....) )

(Catégorie d'assurance : .....) )

**Demande de:**

**Consultation**

**Gastroscopie**

**Coloscopie -> étude dépistage CCR**    oui     non

**Rectosigmoïdoscopie**

**Manométrie anorectale**

**Manométrie œsophagienne** (svp joindre copie de la dernière gastroscopie)

**Impédance œsophagienne** (svp joindre copie de la dernière gastroscopie)

**pH-métrie œsophagienne** (svp joindre copie de la dernière gastroscopie)

**Vidécapsule de l'intestin grêle** (svp joindre accord médecin conseil)

**Test de provocation au lactose, glucose, fructose, sorbitol**

.....

**MOTIF DU RENDEZ-VOUS:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Remarque ou demande particulière (anesthésie générale, Propofol):

.....  
.....  
.....

Date de la demande : .....

Timbre médecin: