



Demande d'examen de pathologie DIGESTIVE

Nom

Prénom

Date de naissance

Rue et N°

NPA/Lieu

TÉL:

ID du patient:

Sexe F M

Facture à adresser: Patient Caisse maladie Hôpital Autre

Copie(s) à:

Médecin demandeur

Localisation et prélèvement

1)

2)

3)

4)

5)

EXAMEN EXTEMPORANÉ

TÉL:

Medicaments AINS IPP

Autres:

Renseignements cliniques

Date du prélèvement _____

Résultat endoscopique