

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>Le Réseau Santé Valais<br/>Gesundheitsnetz Wallis</p> <p>Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs)</p> <p><b>DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE</b></p> | <p><b>DEMANDE D'ENDOSCOPIES<br/>GASTRO-ENTEROLOGIE,<br/>PNEUMOLOGIE, CARDIOLOGIE (ETO)</b></p> | <p><b>FO32605</b><br/>Version 02<br/>Libéré le :<br/>02.07.2009</p> |
|--|--|---|

Cette demande doit obligatoirement être remplie et signée par le médecin demandeur puis envoyée selon les modalités ci-dessous. En cas d'urgence, elle accompagnera le patient lors de l'examen.  
**Merci d'amener avec le patient des grands et petits dits.**

|                     | Sion   | Sierre  | Martigny   | Montana   |
|---------------------|--|---|--|---|
| Téléphone           | 8687   | 027 455 4514 : urgences de GE<br>027 456 4717 : bronchoscopie   | 9839   | 8189  |
| Envoi de la demande | Déposer dans la boîte aux lettres de l'étage B (local 421) ou envoyer par courriel (Endoscopie Sion) au plus tard à 7h00 le jour de l'examen | Déposer dans la boîte aux lettres « Gastro-entérologie » et s'inscrire sur liste ouverte.<br>Bronchoscopie : envoyer par courriel : cem.sierre@rsv-gnw.ch | Déposer dans la boîte aux lettres «salle d'examens». Lieu : admissions des urgences ou envoyer par courriel (martigny – salle d'examens) | Déposer dans la boîte aux lettres de la réception «Salle des traitements» ou envoyer par courriel (CVP - salle des traitements) |

Demandeur :  
Tél. :  
Site :  
Service / étage :  
Chambre :

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
N° du patient :

Copie à :

Ou coller le dito ici

**EXAMEN** : .....

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET PARACLIQUES**

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

|   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| <b>Ht :</b>   | <b>TP :</b>                        | <b>Plaquettes :</b>  |
| Sintrom <input type="checkbox"/> Marcoumar <input type="checkbox"/> |                                    |  |
| Héparine : Liquémine <input type="checkbox"/>                       | Clexane <input type="checkbox"/>   | Autre : <input type="checkbox"/> .....                                     |
| Dosage :  |                                    |  |
| Antiagrégants plaquettaires :                                       | Plavix <input type="checkbox"/>    | Aspirine Cardio <input type="checkbox"/> Kardegic <input type="checkbox"/> |
|   | Asasantin <input type="checkbox"/> | Thrombace <input type="checkbox"/> Tiatral <input type="checkbox"/>        |
| L'anticoagulation suivante a été arrêtée : le : .....               |                                    |  |

**RDV prévu le** / / **effectué par le Docteur** : .....

**Date** : ..... **Signature** : .....