



Histologie du tractus gastro-intestinal

Nom _____

Prénom _____ F M

Date de naissance _____ ID patient _____

Adresse/Numéro _____

Code postal/Ville _____

- ambulatoire facturation au médecin
 hospitalisé --> générale semi-privée privée

Renseignements et questions cliniques:

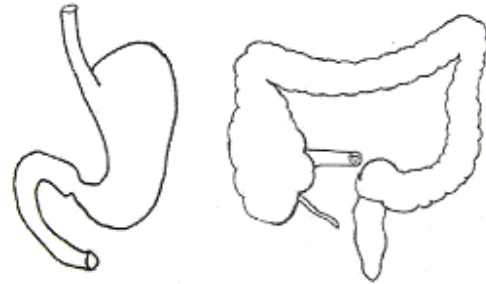
Résultats endoscopiques:

Médicament: AINS IPP autres

Zone du prélèvement:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____

OGD Colonoscopie



Nom et cachet du médecin/de l'hôpital:

Date du prélèvement tissulaire:

Examens histopathologiques antérieurs:

- Résultats téléphonique: _____
- Résultats courriel: _____
(adresses courriel chiffrées HIN uniquement)

Copie(s) à: _____