



CENTRE D'ENDOSCOPIE ET DE MÉDECINE AMBULATOIRE

6, rue des Cigognes – 67000 STRASBOURG

Tél. 03.88.75.53.54 – fax 03.88.75.15.21 – mail : contact@caeda.fr

DEMANDE DE CONSULTATION RAPIDE

À ADRESSER AU CENTRE D'ENDOSCOPIE PAR MAIL À L'ADRESSE :

secretariat@caeda.fr

L'envoi de ce formulaire vous dispense de faire un courrier séparé.

COORDONNÉES DU PATIENT NOM d'usage : NOM de Naissance : Prénom : Date de naissance : Téléphone :	COORDONNÉES DU PRESCRIPTEUR <i>(Nom, Tampon et signature)</i> DATE DE LA DEMANDE :
--	--

PATIENT À ADRESSER À :

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> INDIFFÉRENT | <input type="checkbox"/> DR. A. BOINETTE | <input type="checkbox"/> DR. A. DERLON | <input type="checkbox"/> DR. O. GRONIER |
| <input type="checkbox"/> DR. J. LACROUTE | <input type="checkbox"/> DR. J. HUPPERTZ | <input type="checkbox"/> DR. B. DIRRENBARGER | <input type="checkbox"/> DR. I. TCHOUMAK |

DÉLAI SOUHAITÉ : < 15 JOURS < 2 MOIS

MOTIF :

<input type="checkbox"/> RECTORRAGIES / ADECA+	<input type="checkbox"/> SUITE PASSAGE AUX URGENCES	<input type="checkbox"/> ANOREXIE, DYSPHAGIE, VOMISSEMENTS	<input type="checkbox"/> ANÉMIE FERRIPRIVE OU CARENCE MARTIALE	<input type="checkbox"/> LÉSION SUSPECTE AU SCANNER OU À L'IRM	<input type="checkbox"/> URGENCE PROCTOLOGIQUE	<input type="checkbox"/> URGENCE BILIO- PANCRÉATIQUE
--	---	--	--	--	--	--

REMARQUES OU AUTRES INDICATIONS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Partie réservée au Centre d'Endoscopie et de Médecine Ambulatoire

Proposition de rendez-vous :

Paraphe du médecin :