

A compléter par le service

Examen programmé le : _____

Identification du médecin prescripteur

Dr
Téléphone :
Adresse :

Identification ou étiquette du patient :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :

Délai de rendez-vous souhaité :

Informations :

- Conditions d'examen : **nécessité d'être à jeun depuis au moins 3h**
- Cet examen est indolore et rapide, il nécessite de se mobiliser un peu.
- Un consentement écrit sera demandé au patient avant l'examen car celui-ci est réalisé par une infirmière dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnel validé par l'ARS.

Prise du rendez-vous :

- Au secrétariat d'hépatogastroentérologie de l'Hôpital de Saverne : **téléphone 03 88 71 65 26**
- Envoi de l'ordonnance par **fax au 03 88 71 66 83**

Merci de signaler au moment de la prise du rendez-vous si nécessité d'oxygénothérapie ou en cas de présence d'un isolement de contact, air, gouttelette ou protecteur.

Renseignements cliniques :

- Résultats du FIB-4 :
- Poids Taille IMC

Contexte de l'examen :

- Examen initial
- Suivi : année du résultat précédent :

Etiologie de la maladie hépatique :

- Diabète si oui traitement en cours :
- HTA si oui traitement en cours :
- Dyslipémie
- Surpoids/obésité
- Bilan lipidique perturbé
- Stéatose hépatique à l'échographie
- Prise de médicaments hépatotoxiques au long cours
- Consommation d'alcool ou de substances psychoactives au long cours

Commentaires :

DATE de prescription :
SIGNATURE