

Identification du prescripteur

Identification du patient :

NOM - PRÉNOM :

Date de naissance :

N° de Téléphone :

FibroScan®

(Elastométrie impulsionnelle vibratoire contrôlée)

Conditions d'examen :

⚠ **Être à jeun depuis au moins 3h,**

- Examen indolore et rapide qui nécessite de se mobiliser un peu (position allongée - bras au dessus de la tête)
- **Un consentement écrit sera demandé au patient** avant l'examen car celui-ci est réalisé par une infirmière du SELHVA dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnel validé par l'ARS.

Prise du rendez-vous :

- Par votre médecin traitant/ prescripteur auprès de la CPTS MOSSIG-VIGNOBLE : **rdv.cpts.mv@gmail.com**

- La date de votre RDV vous sera communiquée par votre médecin

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

Renseignements cliniques :

FIB4 :

Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____

Contexte de l'examen : Examen initial Suivi (résultat précédent année : _____)

Etiologie de la maladie hépatique :

- Hépatite virale (actuelle, ancienne, traitée) NON OUI
- Syndrome métabolique NON OUI
- Diabète NON OUI Si Oui traitement en cours : _____
- HTA : NON OUI Si Oui traitement en cours : _____
- Dyslipidémie : NON OUI
- Surpoids / obésité : NON OUI
- Bilan hépatique perturbé : NON OUI
- Stéatose hépatique à l'échographie : NON OUI
- Prise de médicaments hépatotoxique au long cours: NON OUI
- Consommation d'alcool ou de substances psychoactives au long cours: NON OUI
- Autres maladies du foie : NON OUI
- Surveillance de l'évolution d'une fibrose NON OUI

DATE de prescription :
SIGNATURE