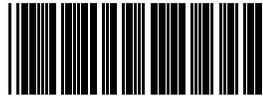


ENDOSCOPIE DIGESTIVE BASSE



DT9031

Nom de l'établissement _____

Renseignements cliniques _____

Lavement baryté _____

Année Mois Jour

--	--	--

Signature du médecin _____

Date

ANESTHÉSIE LOCALE **AUTRE** **AUTRE MÉDICATION**

Médicament		
Nom	Dosage	Heure administrée

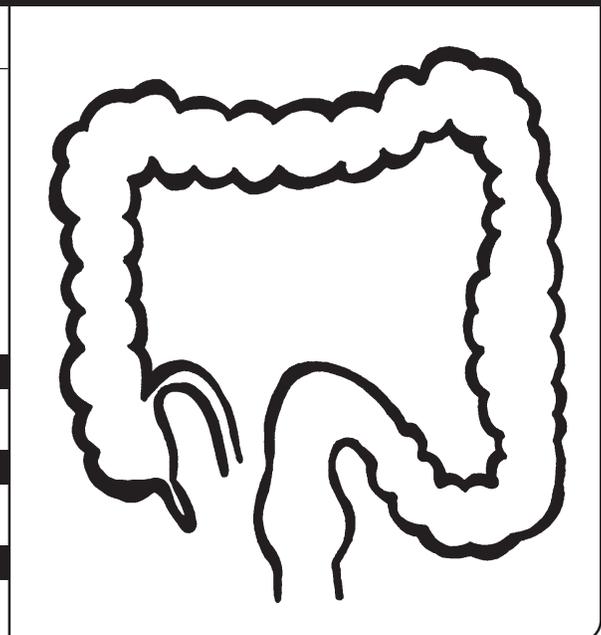
NEUROLEPTANALGÉSIE : Oui Non

Médicaments		
Nom	Dosage	Heure administrée

PROTOCOLE DE L'INTERVENTION

Site atteint _____ Normal Anormal

Description _____



BIOPSIE : Oui Non

Nombre	Site(s)

POLYPECTOMIE : Oui Non

Nombre	Diamètre	Site(s)

AUTRE TECHNIQUE

DIAGNOSTIC

RECOMMANDATIONS OU AUTRE TECHNIQUE ENDOSCOPIQUE

Année Mois Jour

--	--	--

Heure

--

--

Signature du médecin et n° de permis _____

Début

Fin

ENDOSCOPIE DIGESTIVE BASSE