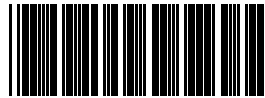


ENDOSCOPIE DIGESTIVE HAUTE

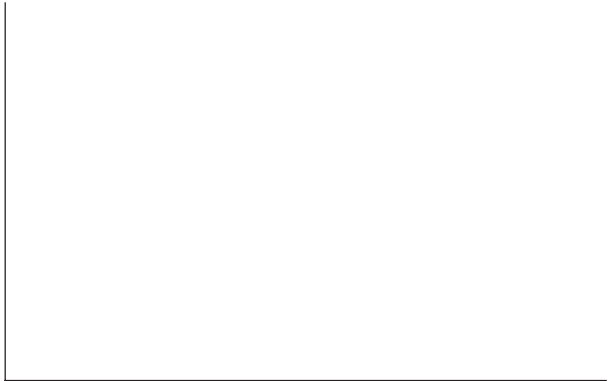


DT9075

Nom de l'établissement _____

Renseignements cliniques _____

Repas baryté _____



Année Mois Jour

--	--	--

Signature du médecin _____

Date

ANESTHÉSIE LOCALE **AUTRE**

Médicament		
Nom	Dosage	Heure administrée

NEUROLEPTANALGÉSIE : Oui Non

Avant :
T.A. _____ Pouls _____ Resp. _____ Oxymètre _____

Après :
T.A. _____ Pouls _____ Resp. _____ Oxymètre _____

Médicaments		
Nom	Dosage	Heure administrée

DESCRIPTION

Oesophage

Normal Anormal Biopsie Cytologie Jonction oesophago-gastrique à : _____ cm

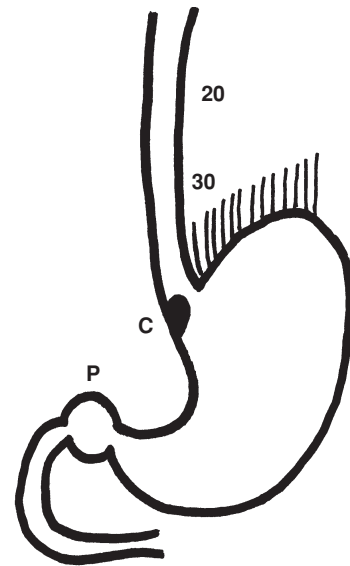
Description

Estomac

Normal Anormal Biopsie Cytologie

Duodénum

Normal Anormal Biopsie Cytologie



DIAGNOSTIC

RECOMMANDATIONS OU TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE ASSOCIÉ

Année Mois Jour

--	--	--

Heure

:

:

Début

Fin

Signature du médecin et n° de permis _____