

Version revue 9/06/2015

Pertinence de la double endoscopie**GRILLE DE RECUEIL**

Date de l'intervention :

Etablissement : _____

Identification du médecin °: _____ Code _____

Grille n°: _____

1. DONNEES CONCERNANT LE PATIENTSexe : M F Tranche d'âge : 10-18 : 19--29 : 30-39 : 40-49 : Code postal de résidence :

1. Patient adressé par :

Généraliste : Spécialiste : Chirurgien Hématologue : Endocrinologue : Urgentiste : Autre : précisez:Non renseigné: Patient venant de sa propre initiative : Autreprécisez:**2. QUALITE DU DOSSIER DE L'ETABLISSEMENT**1. Courrier du médecin ayant adressé le patient présent dans le dossier de l'établissement: oui non 2. Présence du consentement éclairé du patient signé: oui non 3. Les informations données sur les risques des examens sont signées : oui non

3. CRITERES CLINIQUES AYANT CONDUIT A LA DOUBLE ENDOSCOPIE (PLUSIEURS CHOIX)
4. Coloscopie :

S'agit-il de la première coloscopie : oui |__| non |__|

 Si non, date de la dernière ? _____ ou Date non retrouvée :

Motif de la dernière :

Résultats de la dernière :

5. Gastroskopie :

S'agit-il de la première gastroscopie : oui |__| non |__|

 Si non, date de la dernière ? _____ ou Date non retrouvée :

Motif de la dernière :

Résultats de la dernière :

1	Anémie ferriprive	<input type="checkbox"/>
2	Dysphagie :	<input type="checkbox"/>
3	Epigastralgies , dyspepsies, pyrosis	<input type="checkbox"/>
4	Contrôle d'un ulcère gastrique après traitement	<input type="checkbox"/>
5	Hématémèse, melaena .	<input type="checkbox"/>
6	Rectorragies avec retentissement hémodynamique	<input type="checkbox"/>
7	Diarrhées chroniques	<input type="checkbox"/>
8	Recherche d'hypertension portale	<input type="checkbox"/>
9	Etats gastriques pré cancéreux	<input type="checkbox"/>
10	Prévention pour antécédent familial de cancer gastrique de 1er degré	<input type="checkbox"/>
11	Suivi antécédent personnel de cancer gastrique	<input type="checkbox"/>
12	MICI	<input type="checkbox"/>
13	Bilan avant chirurgie bariatrique	<input type="checkbox"/>
14	Test hémocult positif	<input type="checkbox"/>
15	Antécédents familial de cancer colorectal ou d'adénome colo rectal ou Polyposes, Lynch	<input type="checkbox"/>
16	Antécédent personnel de cancer colorectal, d'adénome colo-rectal ou de polype colo rectal non documenté	<input type="checkbox"/>
17	Indication non retrouvée	<input type="checkbox"/>
18	A la demande du patient	<input type="checkbox"/>
19	Autre	<input type="checkbox"/>

SYNTHESE

Motif principal : (une réponse) : _____

Motif secondaire (plusieurs réponses possible) _____