

Identification du patient :

**Urgent: OUI / NON**

**Date de l'examen endoscopique:**

**Identifiant médecin prescripteur:**

Cachet et signature du prescripteur

**Copie à:**

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° INAMI :

**Renseignements cliniques:**

.....  
.....  
.....

**Observations endoscopiques:** *Veillez indiquer très précisément la zone sur le schéma et compléter la légende*

**En cas de polype:**

- sessile
- pédicule
- plane

**Légende:**

1. ....
2. ....
3. ....
- ...
- ...
- ...

