

## SAATEKIRI SEEDETRAKTI ENDOSKOOPILISELE UURINGULE

### PATSIENT

Eesnimi: \_\_\_\_\_

Perekonnanimi: \_\_\_\_\_

Isikukood/sünniaeg: \_\_\_\_\_

Vanus: \_\_\_\_\_

Sugu:  M  N

Uuring:  gastroskoopia  koloskoopia  rektoskoopia  sigmoidoskoopia

PROBLEEM: \_\_\_\_\_

### SUUNAJA

Arst: \_\_\_\_\_

Arsti kood: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Osakond/asutus: \_\_\_\_\_

DIAGNOOS: \_\_\_\_\_  Vajadusel biopsia

Riskifaktorid:  hüübimishäired  NSAID-ravi

hüübimist mõjutavad ravimid: \_\_\_\_\_

Endoskoopiline anamnees: \_\_\_\_\_

Eelnevad operatsioonid seedetraktil: \_\_\_\_\_

Muu oluline kliiniline teave: \_\_\_\_\_

Kuupäev \_\_\_\_\_ Arsti allkiri: \_\_\_\_\_