



Belgian Polyposis Project
Hereditary Colorectal Cancer Project

FORMULAIRE DES RESULTATS

Veillez remplir ce formulaire le plus complètement possible (cocher ce qui convient et décrire les résultats le plus clairement possible s.v.p.)

A renvoyer à : FAPA
Chaussée de Louvain, 479
1030 BRUXELLES
TEL: 02/743.45.94 - FAX: 02/734.92.50
e-mail : info@belgianfapa.be
URL : www.belgianfapa.be

M.
est venu(e) à la consultation :/...../.....

pour :

0 une oesogastroduodénoscopie
résultats: - estomac:.....
- duodénum:.....
traitement:

0 une colonoscopie
résultats:
traitement:

0 une rectoscopie
résultats:
traitement :

0 une iléoscopie
0 une pouchscopie
résultats:.....
traitement :

0 autres:
résultats:.....

La prochaine consultation est prévue :/...../.....

Nom du médecin (en majuscules s.v.p.):

Cachet du médecin:

Date :/...../.....