



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](mailto:info@belgianfapa.be)  
URL : [www.belgianfapa.be](http://www.belgianfapa.be)

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

pour :

0 une oesogastroduodéoscopie  
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 : ...../...../.....