

LE FORMULAIRE A REMPLIR

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Antécédents médicaux :

Pathologie : Foie Pancréas Voies biliaires

Résumé de la maladie découverte (en quelques lignes) :

Signes cliniques actuels :

fièvre douleurs jaunisse vomissements Perte de poids

Merci de transmettre en pièce jointe les comptes rendus des examens réalisés (bilan biologique, échographie, scanner...)