

*Identité du centre /  
de l’endoscopiste*

NOM       – Prénom       Date de l’examen

Date de Naissance :

**COMPTE-RENDU DE COLOSCOPIE**

Médecin demandeur et correspondants :

**INDICATION :** **Rectocolite hémorragique**

Indication :

Chirurgie : oui non

Traitement actuel :

Coloscope : année- type- n°      Insufflation CO2 : oui non

Anesthésiste : Dr       IDE spécialisé endoscopie : Me Mr

Préparation :       Pompe de lavage : oui non

Score de Boston :      / 9 **Chromoendoscopie** : oui non

**RESULTATS : 1 photo / segment**

**Iléon**: vu, sur       cm /  non vu

**Valvule** :

**Côlon droit** : Trame vasculaire / Saignement / Ulcères

Biopsies segmentaires : aléatoires oui non ciblées : oui non

Localisation, description, numéro de pot

**Côlon transverse** : Trame vasculaire / Saignement / Ulcères

Biopsies segmentaires : aléatoires oui non ciblées : oui non

Localisation, description, numéro de pot

**Côlon gauche** : Trame vasculaire / Saignement / Ulcères

Biopsies segmentaires : aléatoires oui non ciblées : oui non

Localisation, description, numéro de pot

**Sigmoïde** : Trame vasculaire / Saignement / Ulcères

Biopsies segmentaires : aléatoires oui non ciblées : oui non

Localisation, description, numéro de pot

**Rectum** : Trame vasculaire / Saignement / Ulcères

Biopsies segmentaires : aléatoires oui non ciblées : oui non

Localisation, description, numéro de pot

**Canal anal et marge anale** :

**Polypes** : oui non

Localisation, classification, exérèse, biopsies

**CONCLUSIONS** :

* Limite maximum atteinte par les lésions =
* Sous-score endoscopique de Mayo maximum =
* Index endoscopique UCEIS maximum =

**Signature**

**Sous-score endoscopique de Mayo**

****

*Shroeder et al, NEJM 1987*

**Index endoscopique UCEIS**

****

*Travis S, Gastroenterology 2013*