

*Identité du centre /  
de l’endoscopiste*

NOM       – Prénom       Date de l’examen

Date de naissance :

**COMPTE-RENDU DE RECTOSIGMOIDOSCOPIE**

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

Indication :

Chirurgie : oui non

Traitement actuel :

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

Anesthésiste : Dr       / sans IDE spécialisé endoscopie : Me Mr

Préparation :       Pompe de lavage : oui non

Score de Boston :      / 9 Chromoendoscopie : oui non

**RESULTATS : 1 photo / segment**

Progression jusqu’à :

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

Biopsies segmentaires : aléatoires oui non ciblées : oui non

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

Biopsies segmentaires : aléatoires oui non ciblées : oui non

**Canal anal et marge anale**:

**CONCLUSIONS** :

* Limite saine = atteinte non atteinte
* Sous-score endoscopique de Mayo =
* Index endoscopique UCEIS =

**Sous-score endoscopique de Mayo**

****

*Shroeder et al, NEJM 1987*

**Index endoscopique UCEIS**

****

*Travis S, Gastroenterology 2013*