



Questionnaire de santé & consentement

Veillez remettre ce questionnaire dûment rempli avant l'examen

Type d'examen Gastroskopie Coloscopie
 Endoscopie du rectum Marisectomie

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Poids : _____

Taille : _____ Date de l'examen : _____

Prenez-vous des médicaments anticoagulants pour fluidifier le sang, par exemple Sintrom, Xarelto, Pradaxa, Eliquis ? Avez-vous pris régulièrement de l'aspirine, de l'Alcacyl, du Tiatral, du Plavix, du Brufen ou d'autres médicaments contre la grippe/les douleurs au cours des 7 derniers jours ? Si oui, lesquelles? _____ Dernière prise : (date et heure) : _____	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous dans votre famille une tendance accrue aux hématomes ou un trouble connu de la coagulation sanguine ? Vous remarquez que vous saignez plus longtemps après une opération, en cas de saignement de nez, de gencives ou de menstruations ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Existe-t-il une allergie/réaction d'hypersensibilité aux médicaments, au soja, aux œufs, au lait ou d'autres protéines, au latex ou aux anesthésiques locaux ? Si oui, lequel ? _____	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une maladie rénale ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de diabète ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'un problème cardiaque ou d'un stimulateur cardiaque/défibrillateur implanté ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie des yeux ? Si oui, laquelle? _____	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu une prothèse métallique (hanche, genou, etc.) ? gauche: _____ droite: _____	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des dents déchaussées ? Portez-vous un piercing aux lèvres ou à la langue ou un dentier ? Les prothèses dentaires doivent être retirées juste avant l'examen. Veuillez retirer vous-même les piercings à la langue juste avant l'examen.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Femmes en âge de procréer : êtes-vous enceinte ou existe-t-il une possibilité de grossesse ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'asthme, de BPCO, de paralysie des cordes vocales ou du diaphragme, de ronflement ou d'apnée du sommeil ? Utilisez-vous des sprays bronchodilatateurs ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi des opérations du tractus gastro-intestinal ou des opérations gynécologiques	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une maladie transmissible telle qu'une infection par le VIH (SIDA), l'hépatite, la tuberculose, le SARM ou une autre ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Quand avez-vous bu la dernière fois (heure): _____	Mangé la dernière fois (heure): _____	

J'accepte que l'on m'administre des médicaments contre la douleur et/ou pour le sommeil.

Dans le cas contraire, veuillez nous contacter immédiatement afin que nous planifier en conséquence.

J'accepte que si mes données cliniques et d'examen (histologie, valeurs sanguines, photos, etc.) peuvent être utiles, elles soient utilisées de manière anonyme pour des travaux scientifiques.

Je soussigné(e), ai lu attentivement et compris la fiche d'information. J'ai été informé(e) de manière compréhensible sur le diagnostic, la nature, le déroulement et les risques de l'examen ou de l'intervention. Je suis d'accord avec la réalisation de l'examen et l'éventuelle ablation de polypes. Je respecte les recommandations pour les patients et les patientes.

Lieu et date

Signature du/de la patient(e)
 (Signataire juridiquement valable)

Signature du médecin
