

Nom et prénom :
Adresse :

Rendez-vous de coloscopie à Saint-Servais / Gembloux, le à H.....

**ATTENTION : LUNDI & MERCREDI = SAINT-SERVAIS
JEUDI & VENDREDI = GEMBLoux**

Vous devez imprimer ce questionnaire et le remettre le jour de votre examen. Vous pouvez le signer après avoir vu le gastro-entérologue.

Attention, les modalités pour la sédation sont modifiées à partir du 1er Janvier 2024. Les patient-e-s dit-e-s "à risque" devront être obligatoirement sédaté-e-s par un anesthésiste. Sont dit-e-s "à risque" les patient-e-s souffrant d'obésité morbide (BMI sup. à 37), les patient-e-s de moins de 18 ans et de plus de 77 ans, les patient-e-s souffrant de maladies cardiaques, pulmonaires ou rénales graves. Un surcoût de 90 € vous sera alors demandé par l'anesthésiste. En cas de doute, veuillez en parler à votre médecin traitant et remplissez votre questionnaire avec lui.

Age :ans
 Poids :kg
 Taille :cm
BMI : (Calculé comme suit : poids en Kg divisé par le carré de la taille en mètres. Ex : 70 kg pour 1m60 : 70/1.6²= 27,3)
 Profession :
 Nom et localité du Médecin Traitant :

Avez-vous subi des opérations? Si oui, lesquelles?	OUI/NON
Avez-vous eu un problème avec l'anesthésie? si oui, lequel?.....	OUI/NON
Avez-vous eu des problèmes après ces interventions? Si oui, lesquels?	OUI/NON
Souffrez-vous d'une maladie qui a justifié un séjour à l'hôpital cette année? Laquelle?.....	OUI/NON
Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une des affections suivantes? (si oui, veuillez entourer et préciser)	
Maladies cardiaques (infarctus, angine de poitrine, valve, pace-maker, embolie pulmonaire, œdème du poumon, arythmie, difficulté à l'effort,...)	OUI/NON
Lors d'un effort, êtes vous plus essoufflé(e) que les personnes de votre âge? Souffrez-vous d'une douleurs à la poitrine lors d'un effort?	OUI/NON OUI/NON
Maladies vasculaires (hypertension, hypotension, phlébite,...)	OUI/NON
Maladies pulmonaires (bronchite chronique, asthme, emphysème, pneumonie,	OUI/NON
Souffrez vous du Syndrome d'APNEES DU SOMMEIL	OUI/NON
Maladies digestives (ulcère gastrique ou duodéal, cirrhose,...)	OUI/NON
Hépatite A, Hépatite B, Hépatite C, SIDA, autre infection virale	OUI/NON
Maladies rénales (calculs, etc...)	OUI/NON
Maladie de la thyroïde	OUI/NON
Souffrez-vous de Diabète	OUI/NON
Maladie des yeux (glaucome)	OUI/NON
Maladies neurologiques (épilepsie, paralysie, ...)	OUI/NON
Maladies des muscles ou de l'appareil locomoteur	OUI/NON
Saignez-vous facilement	OUI/NON
Souffrez-vous d'allergie Si oui, à quoi?..... Cette allergie se manifeste sous quelle forme.....	OUI/NON
En particulier, êtes-vous allergique aux oeufs et au soja?	OUI/NON
Souffrez-vous d'une autre affection non reprise ci-dessus?	OUI/NON

Si oui, laquelle ?	
Fumez-vous? Si oui, combien :	OUI/NON
Consommez-vous des drogues (cannabis, joints, héroïne,...):	OUI/NON
Consommez-vous des boissons alcoolisées? Si oui, quelle boisson et combien ?.....	OUI/NON
Indiquez tous les médicaments que vous prenez	
Quelle est votre tension habituelle.....	
Êtes-vous enceinte	OUI/NON

SI VOUS PRENEZ DES **ANTICOAGULANTS**, VEUILLEZ CONSULTER VOTRE **MEDECIN TRAITANT** OU **CARDIOLOGUE** :

ARRETER LE **SINTROM, MARCOUMAR, MAREVAN** 7 JOURS AVANT L'EXAMEN, ET LE REMPLACER PAR DES PIQURES D'HEPARINE SOUS-CUTANÉE A DOSAGE THERAPEUTIQUE (Voir avec votre médecin traitant ou votre cardiologue.)

Arrêté le.....
Remplacé par

PLAVIX, CLOPIDOGREL, TICLID, BRILIC, EFIENT: ARRETER 7 JOURS AVANT L'EXAMEN, **UNIQUEMENT APRES ACCORD DE VOTRE MEDECIN TRAITANT OU DE VOTRE CARDIOLOGUE**

Arrêté le.....
Remplacé par

PERSANTINE, AGGRENOX, .. ARRETER 3 JOURS AUPARAVANT, REMPLACEMENT PAR ASPIRINE 100 MG PAR JOUR

Arrêté le.....

ASPIRINE : **NE PAS ARRETER SI DOSAGE INFERIEUR OU EQUIVALENT A 100 MG PAR JOUR**: si vous prenez plus de 100 mg/j., passez à 80 mg/jour la veille et le jour de l'examen.

ELIQUIS, XARELTO, PRADAXA : ARRETER 48 H. AVANT L'EXAMEN, **UNIQUEMENT APRES AVIS ET ACCORD DE VOTRE MEDECIN GENERALISTE OU VOTRE CARDIOLOGUE.**

Arrêté le.....
Remplacé par

LES MEDICAMENTS HABITUELS PEUVENT ETRE PRIS LE JOUR DE L'EXAMEN.

ANTI-DIABETIQUES en comprimés: ne pas les prendre le jour de l'examen.

INSULINE: réduire de moitié les doses prescrites, avec accord de votre MG ou de votre diabétologue.

CONSENTEMENT

Comme pour tout acte médical, vous pouvez **refuser** une sédation ou l'ablation de polypes. Au cours de la consultation, le gastro-entérologue répondra à toutes les questions que vous lui poserez. L'anesthésiste également (le jeudi). Pour les enfants de 15 à 18 ans, le consentement sera donné par le représentant légal, père, mère, tuteur. Il en sera de même pour les personnes légalement incapables de prendre une décision.

A LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE SIGNER

J'affirme que le gastro-entérologue Albert BOURGEOIS ou Vida SETAKHR, et l'anesthésiste GOOSSENS Fabrice m'ont informé(e) des avantages et des risques éventuels de la sédation et de la coloscopie. J'ai eu l'occasion d'en discuter avec eux.

En conséquence, je donne mon consentement pour la sédation (ou l'anesthésie générale, le jeudi) et pour la réalisation de la coloscopie et des actes techniques éventuels y afférents.

Dernière gorgée de liquide bue àh (maximum 2h00 avant examen !)

NOM:

PRENOM:.....

Fait à NAMUR / GEMBLOUX le/...../.....

Signature précédée de la mention "lu et approuvé":
Pour le médecin: SCORE ASA: I / II / III

Pour toute information complémentaire, vous pouvez consulter le site du Cabinet Médical Pégase à l'adresse suivante :
www.cabinetmedicalpegase.be