

| | |
|-----------------|------------------|
| Nom et prénom : | «nomp» «prenomp» |
| Adresse : | «adressepat» |
| | «localpat» |

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

**ATTENTION : MERCREDI APRES-MIDI = SAINT-SERVAIS
JEUDI & VENDREDI APRES-MIDI = GEMBOUX
LUNDI APRES-MIDI (Dr Setakhr): GEMBOUX**

Feuille à remettre signée au gastro-entérologue le jour de l'examen.

Age :ans
Poids :kg
Taille :cm
Profession :

| | |
|--|---------|
| Avez-vous subi des opérations? Si oui, lesquelles? | OUI/NON |
| Avez-vous eu des problèmes après ces interventions? Si oui, lesquels? | 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 |
| Maladies vasculaires (hypertension, hypotension, phlébite,...) | OUI/NON |
| Maladies pulmonaires (bronchite chronique, asthme, emphysème, pneumonie, .) | 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 |
| 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 |
| Souffrez-vous d'une autre affection non reprise ci-dessus? Si oui, laquelle? | OUI/NON |
| Fumez-vous? Si oui, combien : | 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..... | |
| Etes-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
REPLACER PAR DES PIQUES D'HEPARINE SOUS-CUTANÉE A DOSAGE THERAPEUTIQUE
(Voir avec votre médecin traitant ou votre cardiologue.)

Arrêté le.....
Remplacé par

PLAVIX, CLOPPIDOGREL, TICLID : 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

LES MEDICAMENTS HABITUELS PEUVENT ETRE PRIS LE JOUR DE L'EXAMEN, SAUF L'INSULINE (à réduire de moitié) ET LES AUTRES ANTI-DIABETIQUES.

Le GLUCOPHAGE, METFORMINE ou METFORMAX doit être arrêté 3 jours avant.

CONSENTEMENT

Comme pour tout acte médical, vous pouvez refuser une neuroleptanalgie ou l'ablation de polypes. Au cours de la consultation, le gastro-entérologue répondra à toutes les questions que vous lui poserez.
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 m'a informé des avantages et des risques éventuels de la neuroleptanalgie et de la coloscopie. J'ai eu l'occasion d'en discuter avec lui.
En conséquence, je donne mon consentement pour la neuroleptanalgie et pour la réalisation de la coloscopie et des actes techniques éventuels y afférents.

NOM:
PRENOM:.....
Fait à NAMUR / GEMBLOUX le/...../.....
Signature précédée de la mention "lu et approuvé":

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