

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 :
Nom et Localité du Médecin Traitant:.....

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
REEMPLACER 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