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 vous sera alors demandé lors de la consultation de l'anesthésiste (100 € pour coloscopie totale et 120 € si la coloscopie est couplée à une gastroscopie).
En cas de doute, veuillez en parler à votre médecin traitant et remplissez votre questionnaire avec lui.
Pour d'avantage de renseignements, consultez notre Site Internet www.cabinetmedicalpegase.be.

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 : .....
Votre numéro de GSM: .....
Le numéro de GSM de votre chauffeur (Rappel: Pas de conduite autorisée le jour de l'examen) : .....
Avez-vous une assurance privée (DKV, etc…) : Oui / Non
Nom et localité du Médecin Traitant : .....

Avez-vous subi des opérations? Si oui, lesquelles? .... **Avez-vous eu un problème avec l'anesthésie? si oui, lequel?**.....	OUI/NON **OUI/NON**
Avez-vous eu des problèmes après ces interventions? Si oui, lesquels ? ..... **Souffrez-vous d'une maladie qui a justifié un séjour à l'hôpital cette année? Laquelle?**.....	OUI/NON **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,...) ..... **Lors d'un effort, êtes vous plus essoufflé(e) que les personnes de votre âge?** **Souffrez-vousd'une douleurs à la poitrine lors d'un effort?**	**OUI/NON** **OUI/NON** **OUI/NON**
Maladies vasculaires (hypertension, hypotension, phlébite,...)	OUI/NON
Maladies pulmonaires (bronchite chronique, asthme, emphysème, pneumonie, **Souffrez vous du Syndrome d'APNEES DU SOMMEIL**	OUI/NON **OUI/NON**
Maladies digestives (ulcère gastrique ou duodénal, 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..... **En particulier, êtes-vous allergique aux oeufs et au soja?**	OUI/NON **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.....	
Etes-vous enceinte	OUI/NON

SI VOUS PRENEZ DES **ANTICOAGULANTS**, VEUILLEZ CONSULTER VOTRE **MEDECEIN 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 . (Maintenir l'aspirine si vous en prenez)**

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.

DIABETE:

ANTI-DIABETIQUES classiques 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.
AGONIST GLP1 (Wegovi, Ozempic, Rybelsus, Victoza, Sakenda, Trulicity, Mounjaro): arrêter une semaine avant.

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.
Votre gastro-entérologue vous demandera d'envoyer par mail au moins dix jours avant l'examen, la feuille de consentement signée. Vous devez également la remettre le jour de l'examen, après les explications fournies par votre gastro-entérologue, avant la réalisation de l'examen coloscopique.

A LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE SIGNER

J'affirme que le gastro-entérologue Albert BOURGEOIS ou Pierre SOLBREUX, et les anesthésistes GOOSSENS Fabrice ou TILQUIN Céline 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 à ….h …. (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