Nom et prénom :
Adresse :

Rendez-vous de coloscopie à 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 dite)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 100 à 120 € 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/ 1.6^2= 27,3)
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 (stent coronaire, infarctus, angine de poitrine, valve, pace-maker, embolie pulmonaire, oedème du poumon, fibrillation auriculaire, arythmie, difficulté à l'effort,...) ..... **Lors d'un effort, êtes vous plus essoufflé(e) que les personnes de votre âge?** **Souffrez-vous d'une douleur 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'APNÉES 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 urologiques ou rénales (calculs au rein, prostate, dialyse; 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, AVC, dépression, ...)	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? Si oui, laquelle ?	OUI/NON
Fumez-vous? Si oui, combien : …….. **Consommez-vous des drogues (cannabis, joints, héroïne,...):**.....	OUI/NON **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

RESPECTEZ SCRUPULEUSEMENT LES CONSIGNES: "PRECAUTIONS AVEC CERTAINS MEDICAMENTS" DETAILLEES dans l'encadré DU DOCUMENT ANNEXE EXPLICATIF DE LA COLOSCOPIE. (Votre feuille de préparation)

SI VOUS PRENEZ DES **ANTICOAGULANTS**, **ANTIPLAQUETTAIRES**, VEUILLEZ CONSULTER VOTRE **MÉDECIN TRAITANT** :

SINTROM, MARCOUMAR, ARRÊTER 5 JOURS AVANT L'EXAMEN, ET LE REMPLACER OBLIGATOIREMENT PAR DES PIQÛRES D'HEPARINE SOUS-CUTANÉE A DOSAGE THERAPEUTIQUE, PENDANT 3 JOURS AVANT L'EXAMEN, DERNIERE PIQÛRE 24 H AVANT LA COLOSCOPIE (Voir avec votre médecin traitant ou votre cardiologue.)

Arrêté le.....
Remplacé par .....du…….au.....,
dernière injection le……à …….h……

PLAVIX, CLOPIDOGREL, BRILIQUE, EFIENT: ARRÊTER 7 JOURS AVANT L'EXAMEN,
UNIQUEMENT APRÈS ACCORD DE VOTRE CARDIOLOGUE, si stent < 1 an.
Arrêté le.....
Remplacé (si nécessaire) par .....

ELIQUIS, XARELTO, PRADAXA, LIXIANA : ARRÊTER 72 H. AVANT L'EXAMEN.
Arrêté le.....
Remplacé (si nécessaire) par .....

CES MÉDICAMENTS À ARRÊTER QUI AURONT ÉTÉ POURSUIVIS INTERDIRONT L'ENLÈVEMENT DE POLYPE(S).

PERSANTINE, AGGRENOX, .. ARRÊTER 3 JOURS AUPARAVANT, REMPLACEMENT PAR ASPIRINE 100 MG PAR JOUR
Arrêté le.....

ASPIRINE : **NE PAS ARRÊTER SI DOSAGE INFÉRIEUR OU ÉQUIVALENT À 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.

LES MÉDICAMENTS HABITUELS PEUVENT ÊTRE 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.

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 personnes légalement incapables de prendre une décision, le consentement sera donné par le représentant légal, père, mère, tuteur.

A LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE SIGNER

J'affirme que le gastro-entérologue Pierre SOLBREUX, et l'anesthésiste Céline TILQUIN 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 l'examen !)

NOM: .....
PRENOM:.....
Fait à 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