



Nom: .....	Colonoscopie / Gastroscopie
Prénom: .....	Date de l'examen: .....
Date de naissance:    /    /	Taille(cm): ..... Poids(kg): .....

**Avez-vous des allergies?  Non  Oui**

*Lesquelles?*

- Latex
- Désinfectant (Isobétadine,...)
- Pollen
- Animaux
- Bananes ou kiwi ou tomates
- Sparadrap ou pansements
- Produit de contraste (iode)
- Poussières
- Antibiotiques
- Autre (par ex: médicaments): .....

*Quelle réaction?*

- Rougeur ou démangeaison
- Écoulement nasal
- Gonflement du visage
- Asthme
- Hypotension ou syncope
- Vomissement ou diarrhée
- Autre: .....

**Avez-vous déjà souffert d'importants problèmes de santé?  Non  Oui**

*Pouvez-vous décrire?.....*

**Consommation**

- Tabac  Non  Oui      Combien (cig/jour) : ..... Arrêt depuis : .....
- Alcool / bière / vin  Non  Oui      Quoi et combien (verres/jour) : .....
- Drogues / stupéfiants  Non  Oui      Quoi et combien : .....

**Présentez-vous les symptômes ou maladies suivants?**

*Poumons*  Non  Oui

- Asthme
- Bronchite chronique / Emphysème
- Toux
- Ronflement important
- Court d'haleine à l'effort modéré (ex: monter 2 étages d'escaliers)
- Court d'haleine à l'effort léger (ex: marcher 100 mètres)
- Court d'haleine au repos ou quand vous vous habillez
- Apnées du sommeil (*Apportez votre appareil lors de votre admission*)

*Coeur*  Non  Oui

- des palpitations
- des douleurs dans la poitrine, le cou ou le bras gauche à l'effort
- des douleurs dans la poitrine, le cou ou le bras gauche au repos
- un autre problème au coeur (infarctus, intervention cardiaque,...)
- une tension artérielle élevée
- une tension artérielle basse
- les pieds gonflés
- une syncope

*Coagulation*  Non  Oui

- Saignements fréquents du nez
- Hématomes (bleus) fréquents
- Gencives qui saignent
- Plaie saignant plus que 5 minutes
- Problème au foie (hépatite, cirrhose,...)
- Déjà eu une transfusion de sang
- Phlébite / Embolie pulmonaire
- Prise de médicaments influençant la coagulation (Asaflo, Plavix, Sintrom, Fraxiparine, Xarelto,...)

*Divers*  Non  Oui

- Diabète  traité par insuline
- Maladie thyroïdienne
- Ulcères à l'estomac
- Brûlant ou reflux gastrique
- Thrombose ou hémorragie cérébrale
- Maladie nerveuse (épilepsie, parkinson..)
- Insuffisance rénale
- Injection intraveineuse récente de produit de contraste
- Prise de corticoïdes ces 3 derniers mois
- Vous êtes (peut-être) enceinte

**En ce moment, êtes-vous en traitement (pour une maladie ou autre chose) chez votre médecin traitant /spécialiste, autre que pour l'intervention prévue ?**

Non  Oui Décrivez: .....

Quels médicaments prenez-vous ?

Nom	Dosage	Quantité par jour	Nom	Dosage	Quantité par jour

Avez-vous déjà été opéré ?  Non  Oui

Intitulé	Année	Type d'anesthésie	Intitulé	Année	Type d'anesthésie

**Après ces opérations, avez-vous souffert de ...? Avez-vous ...?**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> nausées ou vomissements</li> <li><input type="checkbox"/> mauvais réveil</li> <li><input type="checkbox"/> difficultés respiratoires</li> <li><input type="checkbox"/> mal de gorge</li> <li><input type="checkbox"/> perte de mémoire</li> <li><input type="checkbox"/> douleurs plus de 3 mois après l'opération</li> <li><input type="checkbox"/> perte de sensibilité (mains, jambes, ...)</li> <li><input type="checkbox"/> autre : .....</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> une prothèse dentaire amovible supérieure</li> <li><input type="checkbox"/> une prothèse dentaire amovible inférieure</li> <li><input type="checkbox"/> une prothèse dentaire fixe supérieure</li> <li><input type="checkbox"/> une prothèse dentaire fixe inférieure</li> <li><input type="checkbox"/> des dents qui bougent</li> <li><input type="checkbox"/> un appareil auditif</li> <li><input type="checkbox"/> des lentilles de contact</li> </ul> |
|---|---|

**Un membre de votre famille a-t-il eu des problèmes au cours d'une anesthésie?  Non  Oui**

**Examen clinique:** TA: ... / ... FC: .... Auscultation cardio-pulmonaire: .....  
Examen abdominal: .....

**Examens complémentaires:** - ECG si plus de 65 ans  
- Rapport de consultation cardiologique datant de moins de 1 an pour les patients présentant une pathologie cardiaque

**Si vous suspectez une maladie coronarienne, valvulaire ou une insuffisance cardiaque, pouvez-vous prévoir une mise au point plus approfondie chez un cardiologue ?**

**Avez-vous des remarques à ajouter ?** .....

**Signature**