



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

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