

Questionnaire et déclaration de consentement

Nom: _____ Date de l'examen: _____

Prénom: _____ Heure: _____

Date de naissance: _____ Gastroscopie / Endoscopie de l'estomac

Médecin référent: _____ Coloscopie / Endoscopie de l'intestin

Médecin de famille: _____ Poids: _____ Taille: _____

Prenez-vous des médicaments anticoagulants pour inhiber la coagulabilité du sang p. ex. Sintrom, Marcoumar, Xarelto, Pradaxa, Eliquis? Avez-vous pris de façon régulière durant les sept jours derniers de l'Aspirine, de l'Alcacyl, du Tiatral, du Plavix, du Brufen ou d'autres médicaments contre la grippe ou des antidouleurs?	Oui	Non
Existe-t-il une tendance à développer des hématomes dans votre famille ou avez-vous un problème de coagulation connu? Avez-vous remarqué des saignements prolongés après une opération, pendant les saignements du nez, des gencives ou durant la menstruation?	Oui	Non
Présentez-vous une allergie / des réactions hypersensibles à des médicaments, au latex ou à des anesthésiques locaux? Si oui, lesquelles? _____	Oui	Non
Présentez-vous une allergie / des réactions hypersensibles au soya, aux œufs ou à d'autres protéines? Si oui, lesquelles? _____	Oui	Non
Souffrez-vous de problèmes rénaux?	Oui	Non
Souffrez-vous du diabète?	Oui	Non
Souffrez-vous d'arythmie cardiaque, avez-vous précédemment été opéré du cœur ou portez-vous un pacemaker?	Oui	Non
Avez-vous une prothèse métallique (de la hanche, du genou ou autre)? Où: _____	Oui	Non
Avez-vous des dents qui bougent? Portez-vous un piercing des lèvres / de la langue? ➔ Il faudra les retirer avant l'endoscopie.	Oui	Non
Pour les femmes en âge de procréer: êtes-vous enceinte ou y a-t-il une possibilité que vous soyez enceinte?	Oui	Non
Souffrez-vous d'asthme?	Oui	Non
Utilisez-vous des sprays bronchodilatateurs?	Oui	Non
Quand avez-vous bu quelque-chose pour la dernière fois aujourd'hui? En cas de gastroscopie: Quand avez-vous mangé quelque chose pour la dernière fois?	Heure: _____ Heure: _____	

Questions concernant l'entretien préalable à l'examen?

Durant l'entretien préalable, il faut que vous posiez toutes les questions qui vous semblent importantes. Cherchez des informations auprès de votre médecin de famille et sur notre site Web www.estomacolon.ch. Notez les questions que vous souhaitez poser et posez-les lors de l'examen durant l'entretien préalable.

Je soussigné/e ai lu attentivement la feuille d'information sur la coloscopie / la gastroscopie et je l'ai comprise. **J'ai été informé de manière compréhensible sur le diagnostique, le type d'investigation, son déroulement et ses risques et sur ceux de l'intervention.** Je suis d'accord pour que l'examen soit effectué et pour qu'il soit éventuellement procédé à l'ablation de polypes. Je m'en tiens aux recommandations pour les patients. En plus, je suis d'accord, si vous me donnez des médicaments contre la douleur et/ou pour le sommeil (si nécessaire)

Oui
Non

Lieu / Date

Signature du patient / de la patiente
(Signature valide légalement)

Signature du médecin

- En cas d'empêchement, vous êtes priés de nous avertir 24h à l'avance, sinon nous serons obligés de vous facturer CHF 100.- comme contribution aux frais. Veuillez s'il vous plaît remplir et signer ce formulaire à la veille de l'examen.

Hochhaus Lindenhospital | Bremgartenstrasse 119 | 3012 Bern

Telefon: +41 31 302 32 34 | Fax: +41 31 302 32 35 | info@magendarmsuisse.ch

www.magendarmsuisse.ch | GLN 7601002153294