

## Questionnaire avant un examen digestif et formulaire de consentement

Madame, Monsieur,

Vous avez lu attentivement la fiche d'information jointe. Si vous avez compris toutes les informations et n'avez plus de questions à poser, nous vous remercions de remplir le questionnaire, de le signer et de **prendre cette feuille le jour de l'examen**.

Si les explications données ne sont pas claires ou si vous souhaitez un complément d'information sur l'examen, ne signez pas le consentement. Vous aurez l'opportunité de discuter avec le médecin et de lui poser toutes les questions que vous souhaitez avant l'examen.

Je soussigné(e),

... suis anticoagulé(e) (Sintrom, Xarelto, Pradaxa, Eliquis) ou ai pris dans les derniers 7 jours de l'aspirine, du Tiatral, du Plavix (Clopidogrel) ou un anti-inflammatoire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
... ai tendance aux hématomes et aux saignements (lors de petites blessures, lors d'une extraction de dent) ? ... ai des problèmes connus de la coagulation ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
... suis connu(e) pour une maladie du foie ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
... suis connu(e) avec une maladie rénale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
... suis connu (e) avec une maladie du cœur?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
... souffre d'une maladie respiratoire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
... suis connu (e) pour une maladie neurologique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
... ai un diabète ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
... suis porteur d'un pacemaker, défibrillateur ou d'un implant métallique, d'une prothèse orthopédique.....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
... ai des allergies (médicaments, œuf, soja,...) si oui lesquels .....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
... prends des médicaments si oui lesquels :.....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
... ai des prothèses dentaires ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
... ai des problèmes de tension oculaire élevée (glaucome) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
... ai un voyage à l'étranger prévu dans les 2 prochaines semaines ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
... ai été suffisamment informé(e) et reçu les réponses aux questions posées.	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
... sais que je peux encore poser toute question supplémentaire au médecin.	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Mon consentement ne décharge pas le médecin de ses responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.	
<b>Je donne mon accord pour l'examen prévu.</b>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

Nom et numéro de la personne de contact : .....

Lausanne, le.....

Nom et Signature : .....

Visa du médecin :.....