



# QUESTIONNAIRE ET DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

**QUESTIONS VISANT À CLARIFIER LA TENDANCE AUX SAIGNEMENTS:**

	Oui	Non
Avez-vous des <b>saignements de nez ou des gencives</b> abondants sans raison apparente?		
Avez-vous des «bleus» ( <b>hématomes</b> ) ou des petits <b>saignements cutanés</b> sans blessure apparente?		
Avez-vous l'impression de <b>saigner assez longtemps</b> en cas de petites blessures (p. ex. lors du rasage)?		
Pour les femmes: avez-vous l'impression que vos <b>saignements menstruels durent longtemps</b> (> 7 jours) ou que vous devez très souvent changer de tampon ou de serviette?		
Avez-vous eu des <b>saignements</b> prolongés ou importants pendant/après des <b>opérations ou des traitements</b> dentaires (p. ex. opération des amygdales, opération de l'appendice, accouchement)?		
Avez-vous reçu des <b>poches de sang</b> ou des <b>produits sanguins</b> lors d'opérations?		
Existe-t-il <b>dans votre famille</b> (parents, frères et sœurs, enfants, grands-parents, oncles, tantes) une <b>maladie avec une tendance aux saignements accrue</b> ?		

**QUESTIONS PORTANT SUR LES MÉDICAMENTS, LES ALLERGIES, LES MALADIES CONCOMITANTES:**

	Oui	Non
Prenez-vous des <b>médicaments anticoagulants</b> (p. ex. Sintrom®, Marcoumar®) ou avez-vous pris <b>Aspirine®, Alcacyl®, Tiatral®, Plavix®, Clopidogrel</b> , etc. ou des <b>médicaments contre la grippe, des analgésiques ou des médicaments contre les rhumatismes</b> au cours des 7 derniers jours? Si oui, lesquels? _____		
Souffrez-vous <b>d'allergies/d'hypersensibilité</b> (à des médicaments, au latex, aux anesthésiques locaux, au sparadrap)? Si oui, lesquelles? _____		
Souffrez-vous d'une <b>valvulopathie, d'une maladie du cœur ou des poumons</b> ? Avez-vous une carte de <b>prévention de l'endocardite</b> (rouge/verte)?		
Portez-vous un <b>pacemaker/défibrillateur</b> ou un <b>implant métallique</b> ?		
Avez-vous connaissance d'un trouble de la fonction rénale (insuffisance rénale)?		
Êtes-vous <b>diabétique</b> ?		
Pour les femmes: êtes-vous enceinte ou y a-t-il une possibilité pour que vous soyez <b>enceinte</b> ?		
Avez-vous des <b>dents qui bougent</b> , une <b>prothèse dentaire</b> ou une <b>maladie dentaire</b> ? Avez-vous un <b>piercing de la langue</b> ?		
Portez-vous des <b>lentilles de contact</b> ?		
Avez-vous reçu, dans le cadre d'anesthésies précédentes, une <b>attestation</b> ou des informations portant sur des <b>risques spéciaux</b> ?		
Avez-vous déjà subi des <b>opérations</b> ? Si oui, lesquelles? _____		
Prenez-vous des <b>médicaments</b> ? Si oui, lesquels? _____		
<b>Fumez-vous</b> ? Si oui, quoi et dans quelle quantité? _____		
Poids: _____ kg Taille: _____ cm		

**JE SOUSSIGNÉ(E) CONFIRME AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE LA FICHE D'INFORMATION ET AVOIR REMPLI LE FORMULAIRE EN MON ÂME ET CONSCIENCE.**

Le médecin m'a expliqué la raison de l'examen (indication médicale). J'ai compris la nature de l'examen, son déroulement et les risques encourus. J'ai obtenu des réponses satisfaisantes à mes questions.

Je suis d'accord avec le déroulement de l'examen:

Oui	Non
-----	-----

(Cocher ce qui convient)

Lieu, date: \_\_\_\_\_ Signature patient(e): \_\_\_\_\_

Nom patient(e): \_\_\_\_\_

Lieu, date: \_\_\_\_\_ Signature médecin: \_\_\_\_\_