



Informations aux patients sur l'exploration du gros intestin (coloscopie / rectosigmoïdoscopie)

Date / heure du RDV :

Cher patient, chère patiente

Nous vous prions de bien vouloir lire ces documents et compléter le questionnaire de santé. N'oubliez pas d'indiquer la date et de signer. Si vous avez des questions nous sommes à votre disposition.

Nous allons procéder à une **exploration du gros intestin (coloscopie / rectosigmoïdoscopie)**. Dans le cadre de cet examen vous recevez par la présente :

- **une brochure informative**
- **un questionnaire de santé**
- **une déclaration d'accord:**

La brochure informative

Celle-ci contient des informations sur le déroulement de l'examen ainsi , que sur les indications et les risques y afférents. Veuillez la lire attentivement.

Le questionnaire :

Nous vous prions de bien vouloir renseigner le questionnaire ci-joint. Si vous prenez des médicaments pour fluidifier le sang (p.ex. Sintrom, Marcoumar, Xarelto Aspirine, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel) vous devez nous le signaler au plus tard 1 semaine avant l'examen pour décider d'une éventuelle interruption du traitement.

La déclaration d'accord :

Veuillez également lire attentivement la déclaration d'accord, de la dater , de la signer et de l'amener le jour-même de l'examen ou par voie électronique.



Questionnaire de santé

Nom et prénom:

Date de naissance :

Votre Taille : _____

Votre Poids: _____

OUI NON

1. Avez-vous souffert d'une maladie ayant nécessité un séjour à l'hôpital ? Si oui, laquelle ?		
2. Souffrez-vous de maladies chroniques (p.ex. diabète, hypertension artérielle) ou aiguës ? Si oui, lesquelles ?		
3. Souffrez-vous d'une douleur à la poitrine lors d'un effort ? Souffrez-vous d'un problème cardiaque ? Si oui, lequel ?		
4. Etes-vous souvent essoufflé(e) ? Souffrez-vous d'un problème respiratoire ? Si oui, lequel ?		
5. Prenez-vous des médicaments anticoagulants ou antiagrégants pour fluidifier le sang (p.ex. Sintrom, Marcoumar, Xarelto Aspirine, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel) ou avez-vous pris des médicaments antidouleurs ou contre les rhumatismes ? Si oui, lesquels ?		
6. Avez-vous une maladie avec une tendance hémorragique ?		
7. Avez-vous des allergies ou intolérances alimentaires, en particulier aux œufs ou au soja? Si oui, lesquelles?		
8. Êtes-vous porteur d'un pacemaker / défibrillateur ou d'un implant métallique?		
9. Si vous êtes une femme : Êtes-vous ou pourriez-vous être enceinte?		
10. Avez-vous des dents qui bougent, une prothèse dentaire ou une maladie dentaire?		
11. Vous est-il difficile de rester allongé(e) pendant 30 minutes pour cause de douleurs ou de gêne respiratoire?		

Je, soussigné(e), déclare avoir rempli le questionnaire en toute bonne foi.

Lieu, date

Signature du patient



**Déclaration d'accord pour la réalisation d'une coloscopie/
rectosigmoïdoscopie**

Je, soussigné(e), déclare avoir pris connaissance de la brochure informative. J'ai été informé(e) des raisons (indications) de la coloscopie/rectosigmoïdoscopie. Je comprends le déroulement et les risques de la coloscopie/rectosigmoïdoscopie et d'un éventuel enlèvement de polypes.

(Entourez la case correspondante)

Je donne mon accord pour l'exécution de la coloscopie avec des procédures de diagnostic et traitements nécessaires.

Je donne mon accord à l'administration de sédatifs pour l'examen endoscopique.

<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<i>Oui</i>	<i>Non</i>

Lieu, date

Signature du patient

Pour les patients ne pouvant pas exprimer leur accord, nom du représentant légal ou mandataire : _____

Lieu, date

Signature du représentant
