



Informations aux patients sur la gastroscopie (oesogastroduodénoscopie)

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 de votre œsophage, de votre estomac et de votre duodénum (oesogastroduodénoscopie)**. 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.



Dr CASTRO SOARES

GASTROENTÉROLOGIE ET ENDOSCOPIE DIGESTIVE

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 essouffé(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. Souffrez-vous d'allergies ou d'intolérances ? 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



Dr CASTRO SOARES

GASTROENTÉROLOGIE ET ENDOSCOPIE DIGESTIVE

Déclaration d'accord pour la réalisation d'une gastroscopie (oesogastroduodénoscopie)

Je, soussigné(e), déclare avoir pris connaissance de la brochure informative. J'ai été informé(e) des raisons (indications) de la gastroscopie(oesogastroduodénoscopie). Je comprends le déroulement et les risques de l'examen.

En signant, je donne mon accord pour l'exécution de la gastroscopie avec des procédures de diagnostic et de traitement nécessaires, ainsi qu'à l'administration de sédatifs pour la réalisation de l'examen endoscopique.

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
