

Etiquette:

## Questionnaire

### Questions sur vos tendances hémorragiques:

	Oui	Non
1. Avez-vous de forts <b>saignements de nez</b> sans raison apparente ?		
2. Avez-vous des <b>saignements des gencives</b> sans raison apparente ?		
3. Avez-vous des « <b>bleus</b> » ( <b>hématomes</b> ) ou de <b>petits saignements cutanés</b> sans raison apparente ?		
4. Avez-vous l'impression que vous <b>saignez plus longtemps pour de petites blessures</b> (p.ex. pendant le rasage) ?		
5. Si vous êtes une femme : Avez-vous l'impression que vos <b>règles durent plus longtemps</b> (> 7 jours) ou que vous devez changer de tampon ou de serviette plus souvent ?		
6. Avez-vous eu des <b>saignements</b> de longue durée ou intenses pendant ou après un <b>traitement dentaire</b> ?		
7. Avez-vous eu des <b>saignements</b> de longue durée ou intenses <b>pendant ou après des opérations</b> (p.ex. opération des amygdales, appendicectomie, accouchement) ?		
8. Avez-vous reçu des conserves ou <b>produits sanguins</b> pendant des opérations ?		
9. Existe-t-il dans <b>votre famille</b> (parents, frères et sœurs, enfants, grands-parents, oncles, tantes) une maladie avec une <b>tendance hémorragique</b> ?		

### Questions sur les médicaments, allergies, maladies connexes:

1. Prenez-vous des <b>médicaments anticoagulants</b> pour l'hémodilution (p.ex. <b>Sintrom, Marcoumar</b> ) ou avez-vous pris un des médicaments suivants ces 7 derniers jours : <b>Aspirine, Alcacyl, Tiatral, Plavix, Clopidogrel</b> , etc. ou des <b>médicaments antiviraux, antidouleurs ou contre les rhumatismes</b> ? Si oui, lesquels ?		
2. Avez-vous des <b>allergies / hypersensibilités</b> (médicaments, latex, anesthésiants locaux, adhésifs) ? Si oui, lesquelles ?		
3. Souffrez-vous d'un <b>vice valvulaire, d'une maladie cardiaque ou pulmonaire</b> ? Avez-vous une carte de <b>prophylaxie de l'endocardite</b> (vert/rouge) ?		
4. Êtes-vous porteur d'un <b>pacemaker / défibrillateur</b> ou d'un <b>implant métallique</b> ?		
5. Avez-vous connaissance d'une <b>insuffisance rénale</b> ?		
6. Êtes-vous <b>diabétique</b> ?		
7. Si vous êtes une femme : Êtes-vous ou pourriez-vous être <b>enceinte</b> ?		
8. Avez-vous des <b>dents qui bougent</b> , une prothèse dentaire ou une <b>maladie dentaire</b> ?		

Etiquette:

## Déclaration d'accord

**Je, soussigné(e), déclare avoir pris connaissance de la notice informative.**

J'ai été informé(e) par le/la médecin des raisons (indications) de l'examen. Je comprends la nature, le déroulement et les risques. J'ai reçu des réponses satisfaisantes à mes questions.

**Je donne mon accord pour l'exécution**

Oui

Non

(Cocher la case correspondante)

Lieu, date

Signature du patient

Lieu, date

Signature du médecin

Nom du patient

**Pour les patients ne pouvant pas exprimer leur accord :**

Lieu, date

Signature

Lieu, date

Signature du médecin

Représentant légal ou mandataire

Aufklärungsunterlagen empfohlen durch:

Schweiz. Gesellschaft  
für Gastroenterologie SGG



Verbindung der Schweizer  
Aerztinnen und Aerzte FMH



Stiftung Patientenschutz  
SPO

