

DATE DE L'EXAMEN :

.....

En vue de réaliser votre examen endoscopique sous sédation (anesthésie légère) dans de bonnes conditions, puis-je vous demander de bien vouloir remplir le questionnaire suivant ?

Nom : ..... Prénom : ..... mail : .....@.....

Taille : ..... Poids : ..... Age : .....

Médecin traitant : Dr ..... mail : .....@.....

Souffrez-vous de :

- Hypertension artérielle
- Asthme
- Bronchite chronique
- Angine de poitrine
- Diabète
- Epilepsie

Etes-vous allergique ?

Oui  Non  Précisez : .....

Avez-vous déjà été opéré(e) ?

Oui  Non  Précisez : .....

Fumez-vous ?

Oui  Non  Combien : .....

Portez-vous des lentilles de contact ?

Oui  Non

Etes-vous porteur d'une maladie infectieuse transmissible par le sang (hépatite / SIDA) ?

Oui  Non

Précisez : .....

Vous a-t-on fait un électrocardiogramme ?

Oui  Non  Résultats : .....

Prenez-vous des médicaments ?

Oui  Non  Lesquels : .....

### Engagement Volontaire

Je soussigné(e) .....

Certifie avoir pris connaissance et compris les informations concernant l'indication, les modalités pratiques, les complications potentielles ainsi que les recommandations suite à la réalisation de l'endoscopie digestive.

Avant l'examen, j'ai eu l'occasion de pouvoir en discuter librement avec mon médecin / gastro-entérologue / anesthésiste.

Lu et approuvé,

Merci de votre aide,

Dr Kaddar et l'équipe d'anesthésistes

Date :

Signature :

### Réservé pour l'anesthésiste

Timing min	5	10	15	20	25	30	35
Propofol mg							
Buscopan mg							
O2 l/min							
P.A. cmHg							
R.C./min							
SaO2 %							

Réveil :

Incidents :

Sortie :

Dr .....