

## QUESTIONNAIRE PRÉ-OPÉRATOIRE

Nom : ..... Prénom : .....

Profession : ..... Taille : .....

Poids : ..... Date de naissance : .....

Etes-vous actuellement sous traitement médical ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

Si oui, pour quelle(s) maladie(s) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Êtes-vous enceinte ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

Allaitez-vous en ce moment ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

Prenez-vous des médicaments ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été opéré(e) ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

Si oui, quelles opérations et quand : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Y a-t-il eu des complications suite à l'anesthésie ? \_\_\_\_\_ Oui / Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous des problèmes de santé suivants :

- Maladies musculaires ou faiblesses musculaires ? \_\_\_\_\_ Oui / Non
- Maladies cardiaques (infarctus, angine de poitrine, peine à souffler en montant les escaliers, palpitations) ? \_\_\_\_\_ Oui / Non
- Maladies de la circulation sanguine et des artères (hypertension, crampes, thromboses, embolies, saignements, varices) ? \_\_\_\_\_ Oui / Non
- Maladies de peau, acné, herpès, infections cutanées \_\_\_\_\_ Oui / Non
- Maladies des poumons, de la respiration (tuberculose, pneumonie, asthme, bronchites) ? \_\_\_\_\_ Oui / Non
- Maladies du foie et de la vésicule (jaunisse) ? \_\_\_\_\_ Oui / Non
- Maladie des reins (pyélonéphrites, calculs, infections) ? \_\_\_\_\_ Oui / Non
- Maladies du métabolisme (diabète, goutte) ? \_\_\_\_\_ Oui / Non



- Maladies endocrinologiques (glande thyroïde, ...) ? \_\_\_\_\_ Oui / Non
- Maladies neurologiques (épilepsie, paralysies) ? \_\_\_\_\_ Oui / Non
- Troubles du comportement (dépression) ? \_\_\_\_\_ Oui / Non
- Maladies du sang ou de la coagulation (hématomes ou saignements) ? \_\_\_\_\_ Oui / Non
- Etes-vous porteur d'une maladie infectieuse chronique (VIH, hépatite B ou C) \_\_\_\_\_ Oui / Non
- Allergies (rhume des foins, allergies alimentaires, aux médicaments) ? \_\_\_\_\_ Oui / Non  
Si oui, précisez quelles allergies : \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà fait une réaction anaphylactique (allergie sévère et subite) ? \_\_\_\_\_ Oui / Non
- Souffrez-vous d'une autre maladie non mentionnée? \_\_\_\_\_ Oui / Non  
Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des remarques complémentaires ou d'autres éléments à mentionner ?

---

---

Quelles interventions esthétiques avez-vous subi dans les trois dernières années :

- Pose de fils tenseurs ? \_\_\_\_\_ Oui / Non  
Si oui, quel produit ? \_\_\_\_\_ Dans quelle zone ? \_\_\_\_\_ Quand ? \_\_\_\_\_
- Injections ? \_\_\_\_\_ Oui / Non  
Si oui, quel produit ? \_\_\_\_\_ Dans quelle zone ? \_\_\_\_\_ Quand ? \_\_\_\_\_
- Lasers ? \_\_\_\_\_ Oui / Non  
Si oui, quel type ? \_\_\_\_\_ Dans quelle zone ? \_\_\_\_\_ Quand ? \_\_\_\_\_
- Intervention Chirurgicale ? \_\_\_\_\_ Oui / Non  
Si oui, quel type ? \_\_\_\_\_ Dans quelle zone ? \_\_\_\_\_ Quand ? \_\_\_\_\_
- Autres soins esthétiques ? \_\_\_\_\_ Oui / Non  
Si oui, quel type ? \_\_\_\_\_ Dans quelle zone ? \_\_\_\_\_ Quand ? \_\_\_\_\_

Je confirme que les antécédents médicaux sont exacts et complets. Je comprends que le manque de toutes les informations peut nuire à ma santé pendant la procédure. S'il y a un changement dans mes antécédents médicaux, il est de ma responsabilité d'informer l'équipe du Centre MEDED.

En signant ce document, je confirme être en accord avec la « politique interne en matière de protection des données personnelles » disponible au Centre ou sur [www.meded.be/RGPD](http://www.meded.be/RGPD).

Fait à Waremme le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

*Le risque d'infection provient essentiellement des cheveux. Il faut donc veiller à laver parfaitement l'ensemble de la chevelure et de bien la désinfecter (mouiller abondamment de Bétadine ou équivalent).*