# 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



Centre MEDED – Chaussée Romaine 240 - 4300 Waremme
✆ 019 69 89 10 – info@meded.be – https://www.meded.be
TVA BE0555 871 663 – IBAN BE96 0689 0026 4505 – BIC: GKCCBEBB

- 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 et responsabilités » disponible au Centre ou sur www.meded.be/PIPDPR .

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 Germisdin ou équivalent).*



Centre MEDED – Chaussée Romaine 240 - 4300 Waremme
✆ 019 69 89 10 – info@meded.be – https://www.meded.be
TVA BE0555 871 663 – IBAN BE96 0689 0026 4505 – BIC: GKCCBEBB