

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Je soussigné(e)

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Date de naissance : Téléphone :

Avez-vous des problèmes de santé actuels ? _____ Oui / Non

Si oui, lesquels : _____

.....

Avez-vous des antécédents médicaux ? _____ Oui / Non

Si oui, lesquels : _____

.....

Avez-vous déjà eu recours à de la chirurgie médicale ou esthétique antérieure ? _____ Oui / Non

(y compris produits de comblement cutané, toxine botulique, programmes de soins de la peau,...)

Si oui, lesquels : _____

.....

Avez-vous des troubles musculaires ou neurologiques (ou antécédents familiaux) ? _____ Oui / Non

Si oui, lesquels : _____

.....

Souffrez-vous de migraines ? _____ Oui / Non

Souffrez-vous du diabète ? _____ Oui / Non

Avez-vous des affections cutanées, de la pigmentation ou des cicatrices ? _____ Oui / Non

Avez-vous une maladie auto-immune ? _____ Oui / Non

Si oui, laquelle :

.....

.....

Avez-vous des antécédents de thrombose (caillot sanguin dans les vaisseaux sanguins), troubles de la coagulation ou ecchymoses excessives ? _____ Oui / Non

Avez-vous déjà eu des boutons de fièvre ? _____ Oui / Non

Si oui, où et à quelle fréquence :

Avez-vous un traitement psychologique ou psychiatrique en cours ? _____ Oui / Non

Prenez-vous des médicaments ? _____ Oui / Non

(y compris les crèmes topiques, aspirine, comprimés pour liquéfier le sang, anti inflammatoires, haute dose de vitamine E, oméga 3 à forte dose, antibiotiques (aminosides), myorelaxants)

Si oui, lesquels :

Êtes-vous allergique aux anesthésiants locaux ? _____ Oui / Non

Avez-vous d'autres allergies connues ? _____ Oui / Non

Si oui, lesquelles :

Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ? _____ Oui / Non

Est-ce que vous fumez ? _____ Oui / Non

Si oui, combien de cigarettes par jour : +/- _____

Autre chose que vous pensez peut-être pertinent ? _____ Oui / Non

Si oui, quoi :

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 .

Fait à Waremme

Signature :

Le ____ / ____ / _____