



FORMULAIRE DE PRISE DE RENDEZ-VOUS
COLOSCOPIE PREVENTIVE
DE DEPISTAGE PRECOCE DU CANCER COLO-RECTAL

Rappel: Cet examen est destiné aux patients strictement **asymptomatiques**, c'est-à-dire sans aucune plainte abdominale ni anale

ET

sans risque familial ni personnel spécifique (sans cancer colo-rectal familial avant l'âge de 60 ans ni polype personnel).

-NOM:

-PRENOM:

-Date de naissance:

-Médecin traitant responsable de l'inscription au programme de dépistage (OBLIGATOIRE):

-Maladies antérieures et actuelles (par exemple: hypertension, surpoids, tabagisme, diabète, dépression, anxiété, trouble du rythme cardiaque, cirrhose...)

-Opérations chirurgicales abdominales depuis la naissance (par exemple: appendice, vésicule, césarienne, ablation de l'utérus, hernie, ligature des trompes...)

-Traitement médicamenteux actuel:

-Quel est votre poids? Kg Quelle est votre taille? 1 m

-Etes-vous fumeur? NON, si OUI: par jour

-Consommez-vous du THC ou autres substances? NON, si OUI: par jour

-Combien de boissons alcoolisées buvez-vous chaque jour? Verre(s) de par jour

-Souffrez-vous de ronflements nocturnes ou apnée du sommeil? NON, si OUI:

-Avez-vous des symptômes digestifs ou abdominaux (par exemple: ballonnements, douleurs abdominales, diarrhée, constipation, sang dans les selles)? NON, si oui lesquels:

-Avez-vous déjà eu une coloscopie par le passé? NON

-Si oui: quand?

-Si oui: quel était le résultat?

-Souffrez-vous de troubles de la coagulation-de saignements fréquents? NON OUI (précisez)

-Souffrez-vous de veines difficiles à perfuser? NON OUI

-Avez-vous des demandes personnelles ou commentaires spécifiques à votre prise en charge? NON

Si oui, lesquels?

**Ce formulaire strictement confidentiel est essentiel à votre bonne prise en charge.
Merci de prendre soin de le relire après l'avoir rempli soigneusement et exhaustivement.**

Votre rendez-vous sera agendé suite à la réception de ce document et de la demande du médecin traitant vous ayant inscrit.