



QUESTIONNAIRE MEDICAL PRE-OPERATOIRE

Je soussigné(e)
Patient du Docteur

Reconnais que la nature de l'examen ou l'intervention, ainsi que des risques, m'ont été expliqués en termes que j'ai compris et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées.

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et

DONNE MON ACCORD

NE DONNE PAS MON ACCORD

Pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé, PRK, LASIK ou FEMTO LASIK.

Date et Signature

Entourez la bonne réponse ou barrez la mention inutile

| | | |
|---|-----|-----|
| Avez-vous subi une ou plusieurs anesthésies locales ? | OUI | NON |
| Y a t'il eu des incidents ? Si oui lesquels ? | OUI | NON |
| Êtes vous diabétique ? | OUI | NON |
| Avez-vous des problèmes cardiaques ? Si oui lesquels ? | OUI | NON |
| Avez-vous une tension artérielle élevée ? | OUI | NON |
| Avez-vous une phlébite ? | OUI | NON |
| Avez-vous eu une problème respiratoire ? Si oui lesquels ? | OUI | NON |
| Avez-vous de l'asthme ? | OUI | NON |
| Avez-vous eu un ulcère, une gastrite ou un autre problème digestif (hépatite, colite, hernie hiatale) ? | OUI | NON |
| Êtes-vous traité(e) pour une maladie nerveuse ? Si oui laquelle? | OUI | NON |
| Êtes-vous spasmophile ou très anxieux(se) ? | OUI | NON |
| Avez-vous un glaucome ? | OUI | NON |

| | | |
|--|-----|-----|
| Portez-vous des verres de contact ? | OUI | NON |
| Fumez-vous ? Si oui combien? | OUI | NON |
| Êtes-vous angoissé(e) par l'intervention que vous allez subir ? | OUI | NON |
| Quels sont les médicaments que vous prenez habituellement ou actuellement (ordonnance à joindre si possible) | | |
| Avez-vous une sérologie connue (HIV, Hépatite B ou C) ? | OUI | NON |

Remarques éventuelles que vous souhaitez formuler :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom et signature

AIX LASER VISION
44, avenue de Lattre de Tassigny
13100 AIX EN PROVENCE
Tél.: 04 42 99 09 81