



QUESTIONNAIRE AVANT HYSTEROGRAPHIE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Je certifie avoir pris connaissance du protocole Hystérographie et donne mon accord pour que l'examen soit réalisé oui non

✓ Avez-vous des risques particuliers de saigner ? oui non

✓ Avez-vous une maladie du sang ou des saignements fréquents ou prolongés (du nez par ex) ? oui non

✓ Prenez-vous un traitement fluidifiant le sang (anti-coagulant ou anti-agrégant plaquettaire type Aspirine, Asasantine, Kardegic, Persantine, Plavix, Prévican Sintrom, Solupsan, Ticlid...), ou tout simplement souvent de l'Aspirine contre le mal de tête ? oui non

Le plus souvent, il sera nécessaire d'arrêter ce traitement avant l'examen : nous vous préciserons combien de temps

✓ Etes-vous allergique à certains médicaments ou pommades, ou êtes-vous asthmatique ? oui non

✓ Avez-vous mal toléré un examen radiologique ? oui non

✓ Avez-vous une infection gynécologique, des saignements abondants, des antécédents de salpingite, de fibrome ? oui non

✓ Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? oui non
Si oui, lesquelles ?

✓ Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? allaitez-vous ? oui non

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à communiquer à nous informer de toute maladie sérieuse :

.....
.....

Merci de contacter le secrétariat 24h ouvrés avant votre examen afin de confirmer votre rendez-vous et nous faire part du résultat de votre prise de sang.

Date :

Signature :