



**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 :**