



**QUESTIONNAIRE AVANT INFILTRATION EPIDURALE de CORTISONIQUES**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Taille :

Poids :

• Je certifie avoir pris connaissance du protocole Infiltration épidurale de cortisoniques 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, Préviscan 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

✓ 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 et à nous informer de toute maladie sérieuse :

.....  
.....

*Il est normal que vous vous posiez des questions sur l'examen que vous êtes amené à passer. Nous espérons y avoir répondu. N'hésitez pas à nous interroger à nouveau pour tout renseignement complémentaire.*

Date :

Signature :