

DOSSIER MEDICAL

* Rubrique à remplir obligatoirement.

ETAT CIVIL :

Civilité : Mr Mme Mlle

Nom* :

Prénom* :

E-mail* :

E-mail 2 :

Adresse* :

Code postal* :

Ville* :

Pays* :

Téléphone fixe* :

Téléphone mobile* :

Heures où vous pouvez être joint(e) par une assistante chirurgiepro :
.....

Profession* :

Avez vous un passeport en cours de validité* ? Oui Non

Comment ou par qui avez-vous connu chirurgiepro.net ?

.....

PARTIE MEDICALE

Sexe : Féminin Masculin

Age :

Taille :

Poids :

CHIRURGIE DEMANDEE :

Depuis combien de temps songez-vous à avoir recours à la chirurgie esthétique ?

.....

A quel type de chirurgie souhaitez-vous avoir recours ?

.....

Quelles sont vos dates de séjour possibles pour cette intervention ?

.....

Pour les demandes d'augmentation mammaire :

La taille de votre bonnet de soutien-gorge :

.....

Taille souhaitée :

.....

ANTECEDENTS MEDICAUX

Avez-vous déjà consulté un chirurgien esthétique ? Oui Non

Si oui, pourquoi et quand ?

.....

Avez-vous déjà été opéré ? Oui Non

Si oui, quelle chirurgie et quand ?

.....
Avez-vous des allergies ? Oui Non

Si oui, à quel(s) médicament(s) ou produit(s) ?
.....
.....

Avez-vous une maladie cardiovasculaire ? Oui Non

Cardiopathie Oui Non

Si oui lesquels ?
.....

Avez-vous déjà eu des phlébites - Embolie pulmonaire ? Oui Non

Si oui indiquer le traitement ?
.....

Avez-vous le diabète ? Oui Non

Si oui indiquer le traitement ?
.....

Hépatite Oui Non

Si oui indiquer le traitement ?
.....

Asthme Oui Non

Si oui indiquer le traitement ?
.....

Néphropathie Oui Non

Si oui lesquels ?

.....
Neurologique Oui Non

Si oui lesquels ?
.....

Psychotique Oui Non

Si oui lesquels?
.....

Hypertension artérielle Oui Non

Si oui indiquer le traitement?
.....

Hypotension artérielle Oui Non

Si oui indiquer le traitement?
.....

Maladie cutanée Oui Non

Si oui les quelles, indiquer le traitement?
.....

Avez-vous déjà eu une dépression ? Oui Non

Souffrez-vous d'une autre maladie connue ? Oui Non

Si oui, laquelle ?
.....

Avez-vous des antécédents familiaux de cancer du sein (pour les patientes demandant une chirurgie des seins) ?

Oui Non

Etes-vous fumeur? Oui Non

Si oui combien par jour et depuis combien de temps?

.....

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Lesquels ?

.....

.....

Consommez vous de l'alcool ? Oui Non

Si oui combien par jour et depuis combien de temps?

.....

Consommez vous de tranquillisant ? Oui Non

Si oui combien par jour et depuis combien de temps?

.....

Consommez vous de l'aspirine? Oui Non

Si oui combien par jour et depuis combien de temps?

.....

Consommez vous de l'anticoagulant ? Oui Non

Si oui combien par jour et depuis combien de temps?

.....

Saignez vous facilement ? Oui Non

Cicatrisez vous ? Normalement Cheloïde

TRAITEMENTS

Quelles sont les médicaments que vous prenez actuellement ? (Mentionnez aussi si vous prenez de l'aspirine de façon régulière ou la pilule).

.....

.....
Quels sont les médicaments que vous avez pris dans un passé récent ?

.....
.....
Avez-vous des remarques ou des suggestions ?

VOTRE SEJOUR

Nationalité* : (pour nous permettre de vérifier si vous avez besoin d'un visa pour la Tunisie)

.....
Aéroport de départ :

.....
Dates souhaitées :

Catégorie d'hôtel : Sunny Club *** Sol Phébus **** El Mouradi ***** Autres

Si autre, lequel ? :

.....
Accompagnant : Oui Non

Si oui, préciser enfant (âge), adulte

.....
Veuillez envoyer ce formulaire accompagné de vos photos au :
14, rue Imam Abou Hanifa - 2070 La Marsa - Tunisie

Pour tout complément d'information, vous pouvez nous contacter au :

Inès : 00 216 24 410 000
Eliès : 00 216 24 250 252

Tél. : 00 216 71 742 160
Fax : 00 216 71 981 151