

## ***DOSSIER MEDICAL***

\* Champs obligatoires

### DONNEES PERSONELLES

Civilité :            Mr                    Mme                    Mlle

Nom\* : .....

Prénom\* : .....

Age\* : .....

Adresse\* : .....

Code postal\* : .....

Ville\* : .....

Pays\* : .....

Nationalité\* : .....

Profession : .....

Téléphone fixe\* : .....

Téléphone mobile : .....

Votre pseudo pour communiquer gratuitement :

- Skype : .....
- Windows Live Messenger : .....
- Yahoo Messenger : .....
- Autre : .....

E-mail\* : .....

Comment avez-vous connu CHIRURGIEPRO ?

.....

A quelle heure préférez-vous que l'on vous contacte ?

.....

A quel type de chirurgie souhaitez-vous recourir ?\*

- Chirurgie esthétique
- Chirurgie de l'obésité (anneau gastrique)

#### INFORMATIONS ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Quel est votre poids actuel ?

.....

Quel est le poids maximum que vous avez pesé ?

.....

Quelle est votre taille ?

.....

Quelle est la taille de votre soutien gorge ? (pour intervention sur les seins)

Quelle est la taille de bonnet que vous souhaitez ?

.....

Consommez-vous ou avez-vous consommé du tabac ?  Oui  Non

Si oui, nombre de cigarettes par jour ?

.....

Si oui, depuis combien d'années ?

.....

Avez-vous arrêté de fumer ?  Oui  Non

Si oui, depuis quand ? (Choisissez)

- Un mois    Trois mois    Six mois    Neuf mois    Un an    Deux ans  
 Trois ans    Cinq ans    Six ans    Sept ans    Huit ans    Neuf ans  
 Dix ans    Plus de dix ans

Consommez-vous de l'alcool ?    Oui    Non

Si oui, à quelle fréquence ? (Choisissez)

- Tous les jours    Deux à trois fois par semaine    Une fois par semaine  
 Deux à trois fois par mois    Moins d'une fois par mois

Prenez-vous des médicaments ?    Oui    Non

Si oui, lesquels ?

.....

Etes-vous allergique à un médicament ?    Oui    Non

Si oui, lequel ?

.....

Etes-vous allergique au latex ?    Oui    Non

Autres allergies :

.....

Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?    Oui    Non

Souffrez-vous de diabète ?    Oui    Non

Souffrez-vous de cholestérol ?    Oui    Non

Avez-vous déjà eu une phlébite ?    Oui    Non

Avez-vous déjà eu une dépression nerveuse ?    Oui    Non

Etes-vous atteint d'une maladie virale ou chronique ?    Oui    Non

Si oui, laquelle ? .....

Autres antécédents médicaux :

.....

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles, et quand ?

.....

Avez-vous déjà eu recours à la chirurgie esthétique ?  Oui  Non

Si oui, pourquoi, et quand ?

.....

VOTRE DEMANDE D'INTERVENTION

Intervention souhaitée \* :

.....

2ème intervention souhaitée : (si besoin)

.....

Depuis combien de temps songez-vous à vous faire opérer ? (Choisissez)

- Plusieurs jours
- Plusieurs semaines
- Plusieurs mois
- Plusieurs années

Avez-vous déjà consulté un chirurgien esthétique ?  Oui  Non

Si oui, que vous a-t-il proposé comme intervention ?

.....

VOTRE SEJOUR

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

Aéroport de départ : .....

Hôtel choisi :

- Hôtel Aqua Viva 3\*Gammarth
- Sunny Club Gammarth 3\*
- Sol Phébus 4\* Gammarth
- El Mouradi 5\* Gammarth
- Autre hôtel
- Séjour entier à la clinique
- Sans hôtel

Repas :

- Petit déjeuner
- Demi-pension
- Pension complète

Chambre :

- Single
- Double Triple

Date approximative de votre séjour :

.....

Nombre d'accompagnants adultes (ou âgés de + de 12 ans) :

.....

Nombre d'accompagnants âgés de 0 à 2 ans :

.....

Nombre d'accompagnants âgés 2 à 12 ans :

.....

Informations supplémentaires relatives à mon séjour :

.....

.....

Veillez 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