

DOSSIER MEDICAL - Anneau Gastrique

* 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 ?

.....

INFORMATIONS MEDICALES GENERALES

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 ?

.....

INFORMATIONS MEDICALES SPECIFIQUES A LA POSE D'UN ANNEAU GASTRIQUE

Souffrez-vous d'hyperlipémie ? Oui Non

Souffrez-vous d'apnée du sommeil ? Oui Non

Souffrez-vous de stérilité ? Oui Non

Souffrez-vous de douleurs articulaires (genoux, dos) ? Oui Non

Avez-vous des difficultés quand vous avalez ? Oui Non

Avez-vous des remontées acides surtout la nuit (pyrosis) ? Oui Non

Avez-vous une toux nocturne ? Oui Non

Avez-vous mal à l'estomac quand vous prenez de l'aspirine ? Oui Non

Avez-vous des troubles de règles (pour les femmes) ? Oui Non

Avez-vous une exophtalmie (yeux exorbités) ? Oui Non

Avez-vous des troubles du transit ou de la thermorégulation ? Oui Non

Avez-vous remarqué déjà une modification de votre couleur cutanée (bronzage spontané) ?

Oui Non

Avez-vous suivi un régime alimentaire ? Oui Non

Si oui, pendant combien de temps?

.....

Qu'elle a été la perte de poids ?

.....

Avez-vous des douleurs thoraciques à l'effort ou des troubles respiratoires ?

Oui Non

Avez-vous déjà consulté un psychiatre ?

.....

Si oui, précisez :

.....

Date de début de l'obésité :

Facteur déclenchant :

PETITE ENQUETE ALIMENTAIRE

Au cours des repas je me ressers :

- Toujours
- Souvent
- Exceptionnellement

Je grignote entre les repas :

- Toujours
- Souvent
- Exceptionnellement

J'accompagne mes repas de sodas ou de boissons sucrées :

- Toujours
- Souvent
- Exceptionnellement

Je me lève le soir pour manger : Oui Non

Je mange à des heures précises : Oui Non

Quand j'ai une fringale

Je choisis ce que je mange

Je mange ce que je trouve sous la main

Je mange souvent

A table

Devant la télé

N'importe où

Je privilégie la nourriture Sucrée Salée

Sur une échelle de 1 à 10

J'aime manger sucré

J'aime manger salé

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 :

.....

.....

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