

Vous devez subir une intervention mini-invasive ? Merci de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous afin de faciliter votre pré-enregistrement.

Motif de votre venue

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Embolisation des artères prostatiques | ☐ Embolisation des varices des membres inférieurs | ☐ Cryo-ablation du névrome de morton |
| ☐ Embolisation des varices pelviennes | ☐ Traitement Focal, cancer de la prostate | ☐ Traitement de la douleur par radiofréquence pulsée |
| ☐ Embolisation des varicocèles | ☐ Embolisation du genou : Arthrose | ☐ Endoprothèse aortique |
| ☐ Embolisation des fibromes utérins | ☐ Embolisation de l'épaule : Capsulite rétractile | ☐ Angioplastie des membres inférieurs |
| ☐ Vertébroplastie / Kyphoplastie | ☐ Embolisation du coude : Epicondylite latérale | ☐ Embolisation adénomyose |
| ☐ Embolisation des hémorroïdes | ☐ Embolisation des fuites caverne-veineuses | ☐ Embolisation des fuites caverne-veineuses |
| ☐ Angioplastie des artères iliaques et pudentes | ☐ Biopsie : | ☐ Biopsie : |

Renseignements concernant le bénéficiaire de l'intervention

Nom	
Prénom	
E-mail	
Téléphone	Fax
Date de Naissance (JJ/MM/AAAA)	
Poids (en kg)	Taille (en cm)
Sexe	
Adresse en France	
Adresse à l'étranger	
Êtes-vous couvert par la sécurité sociale française ?	☐ OUI ☐ NON ☐ Caisse des français à l'étranger
Souhaitez-vous des soins infirmiers à domicile post-intervention pris en charge par la sécurité sociale ?	☐ OUI ☐ NON
En l'absence de couverture sécurité sociale, souhaitez-vous un devis pour des soins infirmiers ?	☐ OUI ☐ NON

Antécédents du patient

Avez-vous des allergies ?	☐ OUI ☐ NON
Êtes-vous allergique au produit de contraste iodé ?	☐ OUI ☐ NON
Êtes-vous sous anticoagulants ?	☐ OUI ☐ NON
Êtes-vous sous antiagrégants ?	☐ OUI ☐ NON
Avez-vous du diabète ?	☐ OUI ☐ NON
Si oui, précisez le traitement pour le diabète	
Avez-vous une insuffisance rénale ?	☐ OUI ☐ NON
Êtes-vous sujet à un risque d'infection ?	☐ OUI ☐ NON
Si oui, précisez	☐ BLSE ☐ BMR ☐ CLOSTRIDIUM ☐ BHRE ☐ AUTRE
Si autre, précisez	

En remplissant ce formulaire j'autorise le médecin à effectuer l'acte de radiologie interventionnelle relatif à ma pathologie. Je reconnais que le médecin m'a bien expliqué la nature et les risques ou les effets possibles de l'examen ou du traitement.

Signature du patient

Ce document est à envoyé par e-mail à :
patient@xpermd.org

Date: