

F-REA-035-040

Questionnaire médical gouttes ophtalmiques

Version :005

Entrée en vigueur le 09.03.2023

N° individu	↓ LAISSER VIDE		↓ LEER LASSEN	
	Sexe / <i>Geschlecht</i>	TA avant		N° de prélèvement
Nom de naiss./ <i>Geb.-Name</i>	Pouls		<i>Etiquette</i>	
Nom marital / <i>Fam.-Name</i>	Hb cap			
Prénom / <i>Vorname</i>	Poids	_____ kg	Ponction Visa :	
Date naiss./ <i>Geb.-Datum</i>	Protocole de prélèvement		Déconnexion Visa :	
Adresse / <i>Strasse</i>	Remarque :			
CP et lieu / <i>PLZ u.Ort</i>	Volume :	Minutes :	Heure fin :	
Tél. privé / <i>Tel.privat</i>	Bal. n° :		Type prélèv. :	
Portable / <i>Natel</i>	Surveillances : TA /puls par 15 min (min.1x) :			
Tél. prof./ <i>Tel.Arbeit</i>	TA : 1. _____ 2. _____ 3. _____			
Médecin / <i>Arzt</i>	Puls : 1. _____ 2. _____ 3. _____			
Médecin opht./ <i>Augenarzt</i>	Substitution volémique		Nature : _____ N° lot : _____	
	Volume : _____		Perf. Visa : _____	
	Saisie du prélèvement		Visa :	
	1 er contrôle (F12) ->			

QUESTIONNAIRE / FRAGEBOGEN

Merci de remplir ce questionnaire le jour du RDV <i>Bitte den Fragebogen am Tag des Termins ausfüllen</i>	Oui Ja	Non Nein	T-FR B-FR
1. Avez-vous déjà fait un don de sang ou un prélèvement de sang autologue ? <i>Hatten Sie bereits einmal eine Blut- oder Eigenblutspende ?</i>			
2. Si oui, avez-vous eu des symptômes indésirables ? <i>Wenn ja, traten unerwünschte Symptome auf ?</i> _____			
3. Présentez-vous ou avez-vous présenté les symptômes ou les maladies suivantes : - Epilepsie ? - Diabète ? - Affection cardiaque, circulatoire ou pulmonaire ? (p.e. problème de pression artérielle, thrombose, infarctus, problèmes respiratoires, accident vasculaire cérébral, perte de conscience) ? <i>Haben oder hatten Sie folgende Symptome oder Krankheiten?</i> - Epilepsie ? - Diabetes ? - Herz-, Kreislauf- oder Lungenerkrankungen? <i>(z.B. erhöhten oder zu tiefen Blutdruck, Thrombose, Infarkt, Atemnot, Hirnschlag, Bewusstlosigkeit)?</i>			

Tourner la page svp -> -> -> -> -> -> -> -> -> -> -> -> -> -> -> -> -> -> ->



F-REA-035-040

Questionnaire médical gouttes ophtalmiques

Version :005

Entrée en vigueur le 09.03.2023

Merci de remplir ce questionnaire le jour du RDV Bitte den Fragebogen am Tag des Termins ausfüllen	Oui Ja	Non Nein	T-FR B-FR
4. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale majeure ou eu un accident ? <i>Hatten Sie schon einmal eine grössere Operation oder einen Unfall ?</i> _____ _____			
5. Avez-vous reçu des soins médicaux ou présenté une fièvre supérieure à 38°C les 4 dernières semaines ? <i>Waren Sie in den letzten 4 Wochen in ärztlicher Behandlung oder hatten Sie über 38°C Fieber ?</i> _____ _____ _____			
6. Avez-vous reçu des soins dentaires au cours des 14 derniers jours ? <i>Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine Zahnbehandlung ?</i> _____			
7. Avez-vous eu une morsure de tique au cours des 4 dernières semaines ? <i>Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Zeckenbiss?</i> _____			
8. Prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments – même en l'absence de prescription médicale (p.e. comprimés, injections, suppositoires) ? Lesquelles ? <i>Nehmen oder nahmen Sie Medikamente - auch rezeptfreie (z.B. Tabletten, Spritzen, Zäpfchen)? Welche?</i> _____ _____ _____ _____			

Avec ma signature, je confirme que mes données personnelles sont correctes et que j'ai répondu en toute conscience aux questions.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und dass ich die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Date/Datum : _____

Signature/Unterschrift : _____

LAISSEZ VIDE / LEER LASSEN Remarques - Anamnèse médicale : N° _____ N° _____ N° _____ N° _____ N° _____ N° _____	Aptitude au prélèvement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CI _____ Date : _____ Visa : _____	Visa contrôle (F8)
---	---	---------------------------