

*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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Embolisation des artères prostatiques           | <input type="checkbox"/> Embolisation des varices des membres inférieurs | <input type="checkbox"/> Cryo-ablation du névrome de morton                 |
| <input type="checkbox"/> Embolisation des varices pelviennes             | <input type="checkbox"/> Traitement Focal, cancer de la prostate         | <input type="checkbox"/> Traitement de la douleur par radiofréquence pulsée |
| <input type="checkbox"/> Embolisation des varicocèles                    | <input type="checkbox"/> Embolisation du genou : Arthrose                | <input type="checkbox"/> Endoprothèse aortique                              |
| <input type="checkbox"/> Embolisation des fibromes utérins               | <input type="checkbox"/> Embolisation de l'épaule : Capsulite rétractile | <input type="checkbox"/> Angioplastie des membres inférieurs                |
| <input type="checkbox"/> Vertébroplastie / Kyphoplastie                  | <input type="checkbox"/> Embolisation du coude : Epicondylite latérale   | <input type="checkbox"/> Embolisation adénomyose                            |
| <input type="checkbox"/> Embolisation des hémorroïdes                    | <input type="checkbox"/> Embolisation des fuites caverno-veineuses       | <input type="checkbox"/> Embolisation des fuites caverno-veineuses          |
| <input type="checkbox"/> Angioplastie des artères iliaques et pudendales | <input type="checkbox"/> Biopsie :                                       | <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Caisse des français à l'étranger	
Souhaitez-vous des soins infirmiers à domicile post-intervention pris en charge par la sécurité sociale ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
En l'absence de couverture sécurité sociale, souhaitez-vous un devis pour des soins infirmiers ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

### Antécédents du patient

Avez-vous des allergies ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Êtes-vous allergique au produit de contraste iodé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Êtes-vous sous anticoagulants ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Êtes-vous sous antiagrégants ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Avez-vous du diabète ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Si oui, précisez le traitement pour le diabète					
Avez-vous une insuffisance rénale ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Êtes-vous sujet à un risque d'infection ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Si oui, précisez	<input type="checkbox"/> BLSE	<input type="checkbox"/> BMR	<input type="checkbox"/> CLOSTRIDIUM	<input type="checkbox"/> BHRE	<input type="checkbox"/> 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](mailto:patient@xpermd.org)

Date: