

## **DOSSIER MEDICAL**

\* Rubrique à remplir obligatoirement.

### **ETAT CIVIL :**

Civilité :  Mr  Mme  Mlle

Nom\* : .....

Prénom\* : .....

E-mail\* : .....

E-mail 2 : .....

Adresse\* : .....

Code postal\* : .....

Ville\* : .....

Pays\* : .....

Téléphone fixe\* : .....

Téléphone mobile\* : .....

Heures où vous pouvez être joint(e) par une assistante de machirurgie :

.....

Profession\* : .....

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

Comment ou par qui avez-vous connu machirurgie.com ?

.....

### **PARTIE MEDICALE**

Sexe :  Féminin  Masculin

Age : .....

Taille : .....

Poids : .....

#### **CHIRURGIE DEMANDEE :**

Depuis combien de temps songez-vous à avoir recours à la chirurgie esthétique ?

.....

A quel type de chirurgie souhaitez-vous avoir recours ?

.....

Quelles sont vos dates de séjour possibles pour cette intervention ?

.....

**Pour les demandes d'augmentation mammaire :**

La taille de votre bonnet de soutien-gorge :

.....

Taille souhaitée :

.....

**ANTECEDENTS MEDICAUX**

Avez-vous déjà consulté un chirurgien esthétique ?  Oui  Non

Si oui, pourquoi et quand ?

.....

Avez-vous déjà été opéré ?  Oui  Non

Si oui, quelle chirurgie et quand ?

.....

Avez-vous des allergies ?  Oui  Non

Si oui, à quel(s) médicament(s) ou produit(s) ?

.....

.....

Avez-vous une maladie cardiovasculaire ?  Oui  Non

Cardiopathie  Oui  Non

Si oui lesquels ?

.....

Avez-vous déjà eu des phlébites - Embolie pulmonaire ?  Oui  Non

Si oui indiquer le traitement ?

.....

Avez-vous le diabète ?  Oui  Non

Si oui indiquer le traitement ?

.....

Hépatite  Oui  Non

Si oui indiquer le traitement ?

.....

Asthme  Oui  Non

Si oui indiquer le traitement ?

.....

Néphropathie  Oui  Non

Si oui lesquels ?

.....

Neurologique  Oui  Non

Si oui lesquels ?

.....

Psychotique  Oui  Non

Si oui lesquels?

.....

Hypertension artérielle  Oui  Non

Si oui indiquer le traitement?

.....

Hypotension artérielle  Oui  Non

Si oui indiquer le traitement?

.....

Maladie cutanée  Oui  Non

Si oui les quelles, indiquer le traitement?

.....

Avez-vous déjà eu une dépression ?  Oui  Non

Souffrez-vous d'une autre maladie connue ?  Oui  Non

Si oui, laquelle ?

.....

Avez-vous des antécédents familiaux de cancer du sein (pour les patientes demandant une chirurgie des seins) ?

Oui  Non

Etes-vous fumeur?  Oui  Non

Si oui combien par jour et depuis combien de temps?

.....

### **ANTECEDENTS CHIRURGICAUX**

Lesquels ?

.....

.....

Consommez-vous de l'alcool ?  Oui  Non

Si oui combien par jour et depuis combien de temps?

.....

Consommez-vous de tranquillisant ?  Oui  Non

Si oui combien par jour et depuis combien de temps?

.....

Consommez-vous de l'aspirine?  Oui  Non

Si oui combien par jour et depuis combien de temps?

.....

Consommez-vous de l'anticoagulant ?  Oui  Non

Si oui combien par jour et depuis combien de temps?

.....

Saignez-vous facilement ?  Oui  Non

Cicatrisez-vous ?  Normalement  Cheloïde

### TRAITEMENTS

Quelles sont les médicaments que vous prenez actuellement ? (Mentionnez aussi si vous prenez de l'aspirine de façon régulière ou la pilule).

.....

.....

Quels sont les médicaments que vous avez pris dans un passé récent ?

.....

.....

Avez-vous des remarques ou des suggestions ?

.....

.....

.....

## VOTRE SEJOUR

Nationalité\* : (pour nous permettre de vérifier si vous avez besoin d'un visa pour la Tunisie)

.....

Aéroport de départ :

.....

Dates souhaitées :

.....

Catégorie d'hôtel :  Sunny Club \*\*\*  Sol Phébus \*\*\*\*  El Mouradi \*\*\*\*\*  Autres

Si autre, lequel ? :

.....

Accompagnant :  Oui  Non

Si oui, préciser enfant (âge), adulte

.....

Veuillez envoyer ce formulaire accompagné de vos photos au :

**X2 résidence les mimosas**

**Route de Gammarth**

**2076 la marsa**

Pour tout complément d'information, vous pouvez nous contacter au :

(00216) 23 455 425.