



FICHE DE SANTÉ

CHIRURGIE ESTHÉTIQUE ET BARIATRIQUE

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Pays de résidence : _____

Courriel : _____

Taille : _____ cm

Poids : _____ kg

Âge : _____

Téléphone : _____

IMC (si connu) : _____

DURÉE DE SÉJOUR RECOMMANDÉE

Pour une chirurgie esthétique ou bariatrique à l'étranger, il est généralement recommandé de prévoir un séjour de **10 à 15 jours sur place**, selon l'intervention et l'évolution postopératoire. Certaines interventions peuvent nécessiter un séjour plus court ou plus long. La durée définitive sera confirmée par l'équipe médicale en fonction de votre intervention et de votre état de santé.

Pays souhaité pour l'intervention :

☐ Turquie

☐ Tunisie

INTERVENTION SOUHAITÉE (*chirurgie mammaire, indiquer la grosseur du bonnet désiré et si besoin de lifting)

Quel est votre principal objectif esthétique?

Pour les interventions corporelles :

☐ Excès de graisse localisée

☐ Relâchement cutané

☐ Cellulite

☐ Peau fripée / irrégulière

☐ Lipœdème diagnostiqué

☐ Autre : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Souffrez-vous actuellement d'une maladie ou condition médicale?

☐ Non ☐ Oui (précisez)

Avez-vous déjà reçu un diagnostic de :

☐ Diabète

☐ Hypertension

☐ Trouble thyroïdien

☐ Maladie cardiaque

☐ Trouble de coagulation

☐ Thrombose / embolie pulmonaire

☐ Apnée du sommeil

☐ Asthme

☐ Cancer

☐ Dépression ou anxiété

☐ Autre : _____



Partenaire de votre *réve*



SOL Médic – Annie Dionne



solmedicqc@gmail.com



www.solmedic.ca



+1 418 906-8332



FICHE DE SANTÉ

CHIRURGIE ESTHÉTIQUE ET BARIATRIQUE

ALLERGIES

Avez-vous des allergies?

- ☐ Non ☐ Oui Précisez : _____
- ☐ Médicaments ☐ Anesthésiques
- ☐ Latex ☐ Aliments
- ☐ Autres _____

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Avez-vous déjà subi une chirurgie?

- ☐ Non ☐ Oui

Veuillez préciser :

Intervention : _____ Date : _____

Intervention : _____ Date : _____

Intervention : _____ Date : _____

Avez-vous déjà eu une anesthésie générale?

- ☐ Non ☐ Oui

Avez-vous eu des complications lors d'une chirurgie ou anesthésie?

- ☐ Non ☐ Oui

Précisez : _____

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX (SI APPLICABLE)

Nombre de grossesses : _____ Nombre d'accouchements : _____ Date du dernier accouchement : __/__/____

Prévoyez-vous une grossesse dans les prochaines années?

- ☐ Non ☐ Oui

MÉDICAMENTS ACTUELS

Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits?

- ☐ Non ☐ Oui

Veuillez indiquer le nom, la dose et la raison :

Médicament : _____ Dose : _____

Médicament : _____ Dose : _____

Médicament : _____ Dose : _____

VITAMINES ET SUPPLÉMENTS

Prenez-vous des vitamines ou suppléments alimentaires?

- ☐ Non ☐ Oui Précisez : _____



Partenaire de votre *rêve*



SOL Médic – Annie Dionne



solmedicqc@gmail.com



www.solmedic.ca



+1 418 906-8332



FICHE DE SANTÉ

CHIRURGIE ESTHÉTIQUE ET BARIATRIQUE

Prenez-vous actuellement ou avez-vous récemment pris :

☐ Wegovy (sémaglutide)

☐ Ozempic

☐ Mounjaro (tirzépatide)

☐ Saxenda

Si oui :

Dose : _____ Depuis quand : _____

☐ Contrave

☐ Autre : _____

☐ Aucun

TABAC, ALCOOL ET NICOTINE

Fumez-vous actuellement?

☐ Non ☐ Oui Nombre de cigarettes par jour : _____

Utilisez-vous :

☐ Vapoteuse

☐ Cigare

☐ Nicotine orale

☐ Aucun

Consommez-vous de l'alcool?

☐ Non

☐ Occasionnellement

☐ Régulièrement

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Y a-t-il des informations médicales importantes que le chirurgien devrait connaître?

PHOTOS MÉDICALES

Afin de permettre une évaluation médicale adaptée à votre demande, des photos récentes des zones concernées sont nécessaires. Ces photos et les renseignements médicaux transmis seront utilisés pour l'évaluation de votre dossier et partagés uniquement avec les professionnels et partenaires concernés, conformément aux règles applicables en matière de protection des renseignements personnels.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je certifie que les informations fournies sont exactes et complètes, et j'autorise SOL Médic à transmettre ces informations ainsi que les photos aux professionnels de santé partenaires concernés pour évaluation et devis.

Signature du patient : _____

Date : ____ / ____ / ____

*Informations complémentaires. Merci de nous signaler toute autre information que vous jugez utile :



Partenaire de votre *réve*



SOL Médic – Annie Dionne



solmedicqc@gmail.com



www.solmedic.ca



+1 418 906-8332