

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Votre Nom : _____ Date de Naissance : _____
Votre Prénom : _____
Adresse Personnelle : _____ N° Tel (dom) : _____
N° Tel (portable) : _____
Profession : _____ Adresse e-mail: _____
Nom de votre médecin traitant : _____
Adressé par : _____

A chaque « », merci mettre une croix en cas de réponse positive et/ou de compléter en fonction de la question

Prenez-vous actuellement ou avez-vous pris récemment des médicaments ?

NON OUI

(Merci de préciser : médicaments pris et pathologies traitées pour chaque médicament)

Etes-vous diabétique ? (équilibré, non équilibré?)

NON OUI

Etes-vous actuellement sous Biphosphonates (ostéoporose et calcium) ?

NON OUI

(Si oui : mode de prise et depuis quand)

Etes-vous allergique à des médicaments ou à des matières (ex : latex) ?

NON OUI

(Si oui, lesquels ?)

Avez-vous subi récemment (moins de 2 ans) une intervention chirurgicale ?

NON OUI

(Merci de préciser laquelle et la date)

Avez-vous (ou avez-vous eu) une Hépatite (de quel type)?

NON OUI

Etes-vous séropositif (ou avez-vous un SIDA déclaré) ?

NON OUI

Saignez-vous longtemps après une coupure ?

NON OUI

Etes-vous très nerveux ou angoissé ?

NON OUI

Fumez-vous? Estimation de la consommation journalière

NON OUI

Pour les femmes : Prenez vous la pilule ? NON OUI Êtes-vous enceinte ? NON
OUI

Souffrez-vous d'une des affections suivantes (merci de préciser) ?

Troubles cardiovasculaires	<input type="checkbox"/>	Troubles rénaux	<input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	Troubles hépatiques	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	Troubles thyroïdiens ou parathyroïdiens	<input type="checkbox"/>
Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/>	(goitre)	<input type="checkbox"/>
Angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	Troubles gastro-intestinaux	<input type="checkbox"/>
Affection valvulaire	<input type="checkbox"/>	Ulcère, gastrite	<input type="checkbox"/>
Endocardite	<input type="checkbox"/>	Hypoglycémie ou hyperglycémie	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	Cholestérol (>aux normales)	<input type="checkbox"/>
Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	Urée, acide urique (Goutte)	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	Epilepsie ou convulsion (même dans	<input type="checkbox"/>
Hypertension ou Hypotension	<input type="checkbox"/>	l'enfance)	<input type="checkbox"/>
(préciser)	<input type="checkbox"/>	Maladie du sang	<input type="checkbox"/>

Troubles nerveux

Tuberculose

Dépression

ORL(Sinusite)

Avez-vous ou avez-vous eu un traitement ou un examen de la liste suivante? (cochez la case correspondante)

Chirurgie cardiaque

Corticothérapie

Chimiothérapie

Traitement aux rayons X

Pace Maker

Prothèse de hanche

DATE

SIGNATURE