

QUESTIONNAIRE MEDICAL

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom :	Prénom :	Date de naissance :	/	/
Adresse :				
Téléphone fixe :	Portable :			
E-mail :				
<u>Régime d'assurance :</u>		<u>Coordonnées du médecin traitant/spécialiste :</u>		
• Carte vitale :	Nom 1 :	Téléphone 1 :		
• Mutuelle :	Nom 2 :	Téléphone 2 :		
• CMU B/C :				
• AME :				
• ALD :				

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

<u>Problème respiratoire :</u> Asthme OUI NON BCPO OUI NON Mucoviscidose OUI NON Apnée du sommeil OUI NON Autre :	<u>Pathologie cardiaque :</u> Hypertension artérielle OUI NON Chirurgie des valves cardiaques OUI NON Insuffisance cardiaque OUI NON Autre :
Allergie (précisez) : Médicamenteuse (Pénicilline, Iode..) OUI NON Alimentaire : OUI NON Autre :	<u>Maladie infectieuse :</u> VIH / SIDA OUI NON Hépatite A, B ou C OUI NON Autre : OUI NON
<u>Cancer :</u> Chimiothérapie OUI NON Radiothérapie – précisez la date de fin : Type :	<u>Diabète :</u> Type 1 OUI NON Type 2 OUI NON Si oui, est-il équilibré ?
<u>Chirurgie :</u> Greffe d'un organe OUI NON Prothèse articulaire OUI NON Autre :	<u>Maladie rénale et hépatique :</u> Insuffisance rénale chronique OUI NON Cirrhose hépatique OUI NON Autre :
Autre : Avez-vous des problèmes de coagulation du sang ? OUI NON Lorsque vous vous coupez, le saignement est-il difficile à arrêter ? OUI NON Avez-vous facilement des hématomes à la suite d'un choc ? OUI NON Avez-vous eu des complications à la suite d'une anesthésie (mal être, réaction allergique ...) ? OUI NON Antécédent d'AVC (Accident Vasculaire Cérébraux) OUI NON Grossesse ? - précisez le trimestre :	

MEDICAMENTS / TRAITEMENTS

Merci d'apporter votre (vos) ordonnance(s) au rendez-vous.
Veuillez-précisez le nom (et si possible la quantité) :

MOTIF DE LA CONSULTATION

Contrôle, rendez-vous annuel	OUI	NON
Douleur, précisez ?	OUI	NON

Autre :

HABITUDE DE CONSOMMATION

Tabac, si oui précisez : cig/jours depuis l'âge de

Alcool, si oui précisez la fréquence :

Cannabis, si oui précisez la fréquence :

Autre :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus :

Nom / prenom:

Signature :