

QUESTIONNAIRE MEDICAL STRICTEMENT CONFIDENTIEL A REMETTRE A VOTRE PRATICIEN

Document destiné à connaître votre état de santé. Ce questionnaire est strictement confidentiel, il ne quittera pas votre dossier médical. Il est soumis au secret médical

NOM/Prénom :

Date de naissance : / / Adresse :

Code postal : Ville :

Tél fixe : Tél portable :

Mail :

Nom & Ville de votre Médecin traitant :

Médicaments pris actuellement (anticoagulants, antidépresseurs):

Interventions chirurgicales :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Maladies infectieuses (hépatite, HIU...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Affections cardio-vasculaires (souffle, valve, infarctus, HTR...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Affections pulmonaires / Asthme	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Affections rénales	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Affections digestives (gastrite, ulcère, intestin ...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Affections allergiques (si allergie aux médicaments précisez)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Réaction à l'anesthésie (malaise, spasmophilie)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Tabac	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Alcool	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Drogue	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Affections endocriniennes, Diabète	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Affections hématologiques (hémorragies, trouble de coagulation...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autres	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Pour les femmes :

Êtes-vous enceinte	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Portez-vous un stérilet	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Prenez-vous la pilule	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Date & Signature

