

QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT.

Veillez remplir ce questionnaire strictement confidentiel .Merci .

NOM :Prénom :

Né(e) le :

Adresse de votre domicile :

.....

Tel Domicile :Tel prof :

Avez-vous été/êtes vous atteint d'une des affections suivantes :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Urogénitale : |
| <input type="checkbox"/> Neurologique : | <input type="checkbox"/> Vasculaire : |
| <input type="checkbox"/> Asthme : | <input type="checkbox"/> Affection chronique : |
| <input type="checkbox"/> Cardiaque : | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu : |
| <input type="checkbox"/> Pulmonaire : | <input type="checkbox"/> Gastro-duodénale : |
| <input type="checkbox"/> Hépatique/vésiculaire : | <input type="checkbox"/> Intestinale : |
| <input type="checkbox"/> Pathologies infectieuses : | <input type="checkbox"/> Dépression : |

Etes vous enceinte ?.....

Etes vous sujet à des vertiges, pertes de connaissances ?.....

Etes vous sujet aux hématomes ?.....

Fumez vous ?

Nombre de cigarettes/jour ?.....

Etes vous allergique ?.....Origine de l'allergie ?

Traitements en cours :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire. | <input type="checkbox"/> Antidouleur. |
| <input type="checkbox"/> Aspirine. | <input type="checkbox"/> Anticoagulant. |
| <input type="checkbox"/> Antibiotique. | <input type="checkbox"/> Antidépresseur. |
| <input type="checkbox"/> Antihypertenseur. | <input type="checkbox"/> Antidiabétique. |

Avez vous déjà eu une réaction particulière à la suite d'un traitement ?.....

Faites vous l'objet d'une surveillance radiologique ou biologique ?.....

Date :

Signature :