

## 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 : .....