

Formulaire de première visite

Lors d'une première visite, il est important de remplir un formulaire nous donnant tous les renseignements pertinents sur votre état de santé.

Renseignements personnels

Nom : _____

Prénom : _____

DDN : _____

Âge : _____

Taille : _____

Poids actuel : _____

État civil : _____

En cas d'urgence, contactez : _____

#tél. : _____

Père : Vivant Décédé Si décès, raison : _____

Mère : Vivante Décédée Si décès, raison : _____

Fumeur : Oui Non par jour? _____

Alcool : Oui Non par semaine? _____

Drogue : Oui Non à quelle fréquence? _____

Questionnaire médical

Antécédents personnels / Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous actuellement de:

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Angine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 35. Autres : |
| 2. Infarctus Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 21. Otites fréquentes | Spécifiez : _____ |
| 3. Souffle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 36. Arthrite |
| 4. Autres Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 22. Asthme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Spécifiez : _____ | 23. Maladies pulmonaires | 37. Épilepsie |
| 5. AVC Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 6. Diabète Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 24. Toxicomanie | 38. Maux de tête fréquents |
| 7. Cancer Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 8. Hypertension artérielle | 25. Alcoolisme | 39. Étourdissements |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 9. Saignements | 26. Prob.santé mentale | 40. Évanouissements |
| prolongés Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 10. Anémie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 27. Dépression | Douleurs chroniques |
| 11. Rhumes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 12. Sinusite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 28. Anxiété Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 41. Autres problèmes de |
| 13. Estomac (problèmes) | 29. TDAH Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | santé? |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 30. Maladie Crohn | _____ |
| 14. Troubles digestifs | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | _____ |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 31. Colite ulcéreuse | |
| 15. Hépatite A, B, C | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 32. Autre maladie | |
| 16. Cirrhose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | inflammatoire | |
| 17. Reins (problèmes) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Spécifiez : _____ | |
| 18. Insuffisance rénale | 33. Maladie thyroïdienne | |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| 19. (ITSS) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 34. Maladies de la peau | |
| 20. Maux d'oreilles | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |

 SUITE VERSO

Médication

► Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des six derniers mois ? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer lesquels ci-dessous :

○ _____

○ _____

○ _____

○ _____

Allergies ou intolérances / Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants ?

1. Avez-vous des allergies saisonnières (rhume des foins) ? Oui Non

2. Aliments Oui Non
Si oui, spécifiez : _____

3. Codéine Oui Non

4. Pénicilline Oui Non

5. Aspirine Oui Non

6. Iode Oui Non

9. Anesthésie locale

Oui Non

7. Sulfamides Oui Non

8. Autres antibiotiques
Oui Non Si oui,
spécifiez : _____

Vaccination

1. Avez-vous déjà reçu un vaccin contre le tétanos (Adacel, Boostrix)? Oui Non
Si oui quand ? _____

2. Si vous avez 65 ans et plus, avez-vous reçu le vaccin Pneumovax ? Oui Non
Si oui quand ? _____

Suivi gynécologique

À quand remonte votre dernier test PAP (examen gynécologique) ? _____

Antécédents chirurgicaux

Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez subi des interventions chirurgicales ? Oui Non

Si oui, lesquelles et en quelle année?

▪ _____ en 20_____

▪ _____ en 20_____

Notes supplémentaires

Merci d'avoir rempli le formulaire, s.v.p. le remettre à la réception.