

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

SANTE GENERALE	OUI/NON	SANTE GENERALE	OUI/NON
Affection cardiaque		Anémie	
Prothèse cardiaque		Hépatite	
Prothèse valvulaire		HIV	
Tension artérielle		Rhumatismes	
Troubles digestifs		Cancer	
Troubles glandulaires		Ostéoporose	
Troubles nerveux		Autres	
Troubles neurologiques			
Troubles pulmonaires			
Troubles rénaux			

PRENEZ-VOUS DES MEDICAMENTS ?

Des antidépresseurs OUI/NON
Des anti coagulants OUI/NON
Des anti hémorragiques OUI/NON
Des biphosphonates (traitement de l'ostéoporose) OUI/NON
Contraceptif OUI/NON
Autres :

AVEZ-VOUS DES ALLERGIES ? OUI/NON LESQUELLES ?

AVEZ-VOUS EU DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES ? OUI/NON

Date :

AVEZ-VOUS EU DES ANESTHESIES ?

Générales OUI/NON Réactions
Locales OUI/NON Réactions

ETES-VOUS ENCEINTE ? OUI/NON Depuis quand ?

AVEZ-VOUS EU UN TRAITEMENT ANTI CANCEREUX ? OUI/NON

Chimiothérapie OUI/NON Quand
Radiothérapie OUI/NON Quand

Médecin traitant :

Téléphone :

Je m'engage à signaler tous changements concernant mon état de santé et mes éventuels nouveaux traitements.

Fait à :

le / /

Signature du patient :
(Mentionner « Lu et approuvé »)