

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Veillez répondre à ces questions le plus sincèrement possible, les renseignements fournis peuvent être utiles à la conduite de votre traitement, c'est pourquoi nous vous demandons de nous tenir informés de tout changement de votre état de santé. Ces renseignements demeureront strictement confidentiels.

ETAT CIVIL

Nom : Prénom : Sexe : F M

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone dom :/...../...../...../..... Téléphone bureau :/...../...../...../.....

Téléphone port :/...../...../...../.....

Date de naissance :/...../..... Profession :

Vous avez été adressé par : Un parent Un ami Un docteur L'annuaire Autre

Quel est son nom ?

ETAT GENERAL

1- Etes-vous en bonne santé ? Oui Non

2- Connaissez-vous votre tension ? Oui Non
Quel est-elle ?

3- Avez-vous présenté une maladie sérieuse
au cours de l'année écoulée ? Oui Non
Si oui, laquelle(s) ?

4- Avez-vous un problème cardiaque ? Oui Non
Si oui, laquelle(s) ?

5- Etes-vous diabétique ? Oui Non
Si oui, de quel type ?

Est-il stabilisé ? Oui Non

6- Avez-vous un ulcère à l'estomac ? Oui Non

7- Avez-vous une infection des reins ? Oui Non

8- Avez-vous une maladie pulmonaire ? Oui Non

9- Etes-vous sujet aux hémorragies ? Oui Non

10- Etes-vous sujet aux évanouissements ? Oui Non

11- Avez-vous des troubles hépatiques ? Oui Non
(maladie du foie, hépatite,...)

12- Etes-vous atteint d'une MST ? Oui Non
(Maladie Sexuellement Transmissible)

13- Etes-vous atteint du SIDA Oui Non

14- Avez-vous suivi un traitement aux rayons X
(Radiothérapie ou chimiothérapie) ? Oui Non

15- Avez-vous de l'asthme ? Oui Non

16- Etes-vous actuellement en traitement
médicamenteux ? Oui Non
Si oui, le(s)quel(s) ?

17- Avez-vous déjà pris un traitement
à base de Biphosphonate ? Oui Non
(Traitement de l'ostéoporose et de certain cancer)
ex : Fosamax, Fosavance, Didronel, Aredia, Skelid, Actonel,
Bonviva, Bondronate, Clastoban, Lytos, Zometa, Aclasta

18- Avez-vous une allergie aux : Oui Non
Anesthésiques ? Oui Non
Le(s)quel(s) ?

Barbituriques, sédatifs ou somnifères ? Oui Non

Aspirine ? Oui Non

Iode ? Oui Non

Aliments ? Oui Non

Produits de beauté ? Oui Non

Autres ?

19- Avez-vous un problème ou une maladie dont
je devrai être averti ? Oui Non
Le(s)quel(s).....

20- Nom de votre médecin traitant.....

Adresse.....

Tel.....

Pour les femmes :

21- Etes-vous enceinte ? Oui Non
Si oui, depuis combien de temps ?

22- Prenez-vous une pilule contraceptive ? Oui Non

Date et signature :