

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Date du jour :

Monsieur – Madame – Mademoiselle
(Rayer les mentions inutiles)

Nom, Prénom :

Date de Naissance :

Adresse Personnelle :

N° Tel personnel :

N° Portable :

Code Postal :

Adresse Mail :

Ville :

Médecin traitant :

A chaque « », merci de mettre une croix en cas de réponse positive et/ou de compléter en fonction de la question

Etes-vous actuellement sous traitement médical de fond
ou avez-vous pris récemment des médicaments ?
(Merci de préciser : médicaments pris)

Etes-vous actuellement sous Biphosphonates (ostéoporose et calcium) ?
(Merci de préciser : mode de prise et depuis quand)

Etes-vous allergique à des médicaments ou à des matières (ex : latex) ?
(Si oui, merci de préciser lesquels ?)

Avez-vous subi récemment (moins de 2 ans) une intervention chirurgicale ?
(Merci de préciser laquelle et la date)

Avez-vous (ou avez-vous eu) une Hépatite ?
Etes-vous séropositif (SIDA) ?

Souffrez-vous d'une des affections suivantes (merci de préciser) ?

- Troubles cardio-vasculaires
- Greffes cardiaque ou autre
- Porteur d'une prothèse (ex : hanche)
- Porteur d'un pace-maker
- Hypertension ou Hypotension (préciser)
- Diabète
- Troubles rénaux
- Troubles hépatiques
- Troubles gastro-intestinaux
- Troubles respiratoires
- Troubles thyroïdiens ou parathyroïdiens (goitre)
- Rhumatisme articulaire aigu
- Epilepsie ou convulsion (même dans l'enfance)
- Hypoglycémie ou hyperglycémie
- Urée, acide urique (Goutte)
- Cholestérol (>aux normales)

Avez-vous d'autres informations d'ordre médical à nous communiquer ? Si oui, les quelles ?

Etes-vous très nerveux ou angoissé ?

Fumez-vous? Estimation de la consommation journalière

Pour les femmes : Prenez vous la pilule ? Etes vous enceinte ?

SIGNATURE :