

## QUESTIONNAIRE MEDICAL (STRICTEMENT CONFIDENTIEL)

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Poids : ..... Taille : ..... Profession : .....

Adresse .....code postal.....ville.....tél dom.....tél bureau.....

Adresse e-mail : .....@.....

Adressé et/ou recommandé par.....Motif de votre visite.....

Nom de votre Médecin traitant .....Numéro de tél. du Médecin traitant.....

Adresse du Médecin traitant.....

### 1. Traitement

Prenez-vous des médicaments ?..... **Oui** **Non**

Nom des médicaments, dosage (mg) et voie d'administration (orale, intraveineuse, sous-cutanée)

1-.....

2-.....

3-.....

4-.....

5-.....

6-.....

Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement pour un cancer (prostate, seins, thyroïde, poumons...)  
(Apportez votre ordonnance)

Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement pour l'ostéoporose par voie orale ou par voie  
Intra-veineuse ?

### 2. Chirurgie

Avez-vous déjà été opéré(e) ? Si oui : **Oui** **Non**  
intervention : ..... Année : .....

Avez-vous des soucis avec l'anesthésie générale (*nausées, vomissements, intubation*)

Y a-t-il eu des accidents d'anesthésie dans votre famille ?

Avez-vous été transfusé(e) ?

### 3. Allergie

Avez-vous une allergie (*médicament, latex, caoutchouc, alimentaire, eczéma, rhume des foies*) ?

Si oui, Laquelle ? : .....

Quelles ont été les manifestations ?.....

### 4. Médical

**Cardio-vasculaire** **Oui** **Non**

Avez-vous une maladie du cœur (*trouble du rythme, valve, angine de poitrine, infarctus*) ?

Avez-vous des problèmes de circulation (*artérite, hypertension*) ?

### Respiratoire

Avez-vous des problèmes respiratoires ?

(*asthme, apnée du sommeil, bronchite, pneumonie, BPCO*)

Fumez-vous ? Oui  non  Si oui, combien de cigarettes par jour ? .....

Vapotez-vous ? Oui  non  Si oui, combien de grammes de nicotine/jour? .....

## Neurologie

- Avez-vous des problèmes neurologiques (*convulsion, parésie, paralysie, AVC, migraines*) ?
- Avez-vous des problèmes de colonne vertébrale (*scoliose, sciatique, arthrose*) ?
- Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une dépression ?
- Avez vous déjà perdu connaissance ?
- Si oui dans quelle circonstance ?.....

## Rein

- Avez-vous une maladie rénale (*insuffisance rénale, calcul*) ?

## Appareil digestif

- Avez-vous eu une maladie du foie (*hépatite, jaunisse, calculs biliaires*) ?  **Oui**  **Non**
- Avez-vous des problèmes digestifs ?
- (*ulcère, reflux, hernie hiatale, gastrite, maladies intestinales*)
- Avez-vous mal supporté les anti-inflammatoires (*Advil, Nurofen, Profénid, cortisone*) ?

## Endocrinologie-diabétologie :

- Avez-vous des problèmes endocriniens (*diabète, thyroïde...*) ?

## Rhumatologie

- Avez-vous une maladie des articulations ?
- Prenez vous des traitements pour les os ?

## ORL

- Avez-vous des problèmes de sinusite ?
- Avez-vous des problèmes de gorge ?
- Avez-vous des problèmes d'oreilles ?

## Ophtalmologie

- Avez-vous des troubles oculaires ?
- Si oui le(s)quel(s) ? .....

## Infections virales

- Avez vous une infection virale ?
- Si oui laquelle ?

## Dermatologie

- Avez-vous une maladie de la peau ?
- Si oui laquelle ?.....

## 5. Hémostase

### Risque Hémorragique :

- Répondre aux 5 questions suivantes sans exception (7 pour les femmes) **Oui** **Non**
- Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement pour un saignement prolongé ou inhabituel (*ex : saignement de nez ou plaie ayant nécessité une intervention*) ?
- Avez-vous tendance à faire des bleus de plus de 2 cm ou des hématomes importants, sans choc ou traumatisme ou bien après un choc ou un traumatisme sans importance ?
- Avez-vous consulté votre chirurgien-dentiste pour un saignement post-opératoire ?
- Avez-vous saigné de manière anormale après une intervention chirurgicale ?
- (*ex : opération des végétations, des amygdales ou circoncision*)
- Avez-vous des membres de votre famille proche suivis pour une maladie de la coagulation responsable de saignements importants ? (*ex : maladie de Willebrand, hémophilie*)

**Pour les femmes :**

Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes    
(ex : *contraception orale (pilule)*, supplémentation en *fer*, *médicament pour coaguler le sang comme l'Exacyl*) ?

Avez-vous saigné de manière anormale après un accouchement ?

**Risque de Thrombose :**

Avez-vous des problèmes de circulation veineuse (*phlébite, embolie pulmonaire, varices*) ?

**6.** Souffrez-vous d'une maladie non citée dans la liste ci-dessus ?    
Si oui, laquelle ?.....

**7.** Avez-vous été hospitalisé au cours des 12 derniers mois (notamment à l'étranger) ?

**8.** Consommez-vous de l'alcool, des somnifères, drogues ou antalgiques au long cours ?    
Si oui, lesquels ?.....

**9. Pour les femmes en âge de procréer :**

Etes-vous enceinte ?

Si oui,

Avez-vous une hypertension ?

Avez-vous un diabète ?

Si non,

Avez-vous un désir de grossesse rapprochée ?

J'atteste l'exactitude de ces renseignements et m'engage à informer le praticien en cas de modification de mon état de santé et/ou des mes prescriptions.

Le ...../...../.....

Signature :