

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Nom du médecin traitant et son numéro de téléphone : _____

Etes-vous ou avez-vous été suivi(e) pour un ou des problèmes de santé ? oui non

Si oui lesquels? _____

Etiez-vous récemment chez votre médecin ? oui non

Si oui, pour quelle raison ? _____

Prenez-vous régulièrement des **médicaments** ? oui non

Si oui, lesquels ? (écrire la liste en bas de page en indiquant la raison de leur prise)

Prenez-vous des **médicaments qui fluidifient le sang** ? oui non

Si oui, lesquels ? _____

Prenez-vous ou avez-vous pris des **Bisphosphonates** ? oui non

(ces médicaments sont utilisés pour le traitement de l'ostéoporose ou du cancer osseux)

Avez-vous des **problèmes cardiaques** ? oui non

(infarctus, prothèse valvulaire, cardiopathie congénitale cyanogène, insuffisance valvulaire ...)

Si oui, lesquels ? _____

Etes-vous sujet à des **allergies** (pénicilline, iode, latex...) ? oui non

Ne supportez-vous pas certains médicaments ? oui non

Si oui, lesquels ? _____

Souffrez-vous ou avez-vous eu un/des problème(s) de santé cité ci-après : diabète (stable ?), tension (stable ?), insuffisance rénale, accident vasculaire cérébral, maladie infectieuse (hépatite, Sida), maladie auto-immune, Covid-19, épilepsie, asthme ? oui non Si oui lesquels, quand ?

Avez-vous une autre maladie ? _____

Madame, Mademoiselle, êtes-vous **enceinte** ? oui non Depuis quand ? _____

Questionnaire rempli le : ___ / ___ / ___

Signature :

Liste des médicaments pris régulièrement :