

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nom, Prénom :

CIN :

Date de naissance et lieu :

Adresse :

Email :

N° de Téléphone :

Personne à contacter en cas de besoin :

N° de Téléphone :

Médecin de famille antérieur :

États civil :

Habitudes de vie :

- Tabac : oui non
- Alcool : oui non
- Drogue : oui non

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

Père :

- Vivant et âgé de :
- Décédé à l'âge de :
- Problèmes de santé oui non / si oui, Précisez svp :

Mère :

- Vivante et âgée de :
- Décédée à l'âge de :
- Problèmes de santé : oui non / si oui, Précisez svp :

Frères Et Sœurs :

- Nombres :
- Problèmes de santé connues : Oui Non

Antécédents Personnels :

- Allergies : oui non / si oui précisez svp :
- o Médicaments :
- o Alimentaires :
- o Saisonnières :

- Chirurgies : oui non / si oui précisez svp :

PROBLÈMES DE SANTÉ (ANCIENS ET ACTUELS) :

- Santé mentale : Anxiété troubles de panique phobie dépression autres
 - Pulmonaire : Asthme tuberculose autres
 - Cardiaque et Vasculaire : HTA Infarctus Valvulopathie
 - Neurologique : Migraine. Épilepsie autres
 - Endocrinien : Diabète Trouble de thyroïde autres
 - Digestif : Ulcères Maladie coeliaque autres
 - Divers : Anémies Rhumatisme Hépatite C VIH Cancer Insuffisance rénale
- Grossesse Autres.
- Autres problèmes de santé :

EXAMEN MÉDICAL SYSTÉMATIQUE :

- État général :
 - Température
 - TA
 - FC
 - FR
 - Poids
 - Taille
 - SaO2
 - OMI
- Examen Physique :
- Conclusion :

Fait à , le