

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM..... Prénom..... Né le.....  
Adresse..... Tél.....  
Profession..... Médecin traitant.....

### ***Avez-vous été/êtes-vous atteint d'une des affections suivantes:***

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète                | <input type="checkbox"/> Urogénitale ou rénale  |
| <input type="checkbox"/> Neurologique           | <input type="checkbox"/> Vasculaire             |
| <input type="checkbox"/> Asthme                 | <input type="checkbox"/> Affection chronique    |
| <input type="checkbox"/> Cardiaque              | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire |
| <input type="checkbox"/> Pulmonaire             | <input type="checkbox"/> Gastro-duodéal         |
| <input type="checkbox"/> Hépatique(foie)        | <input type="checkbox"/> Intestinal             |
| <input type="checkbox"/> Pathologie infectieuse | <input type="checkbox"/> Dépression             |
| <input type="checkbox"/> Pathologie ORL         | <input type="checkbox"/> Ostéoporose            |

- Etes-vous enceinte ?
- Etes-vous sujet à des vertiges ?
- Etes-vous sujet à des hématomes fréquents ?
- Cicatrisez-vous bien quand vous vous couper ?
- Etes-vous allergique à certains produits ?
- Fumez-vous, si oui combien de cigarettes/jour ?
- Etes-vous à jour de vos vaccinations ?
- Faites-vous du sport de haut niveau ?
- Avez-vous contracté une hépatite(A,B,C) ou le virus du Sida ?
- Avez-vous été traité pour une tumeur ?
- Avez-vous déjà eu des problèmes suite ou lors d'un traitement dentaire ?

### ***Traitement en cours:***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> antidouleur      | <input type="checkbox"/> aspirine                                  |
| <input type="checkbox"/> antihypertenseur | <input type="checkbox"/> anti-inflammatoires                       |
| <input type="checkbox"/> antibiotique     | <input type="checkbox"/> anticoagulant/antiagrégants plaquettaires |
| <input type="checkbox"/> antidépresseur   | <input type="checkbox"/> antidiabétique                            |
| <input type="checkbox"/> bisphosphonates  |  |

Autre problème de santé non mentionné : .....

Je soussigné déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu en connaissance.

Signature

Date