



Questionnaire de Santé

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code Postal : _____

Tel. Domicile : _____ Cell. : _____ Tel. Bureau : _____

Préférence moyen de contact : :

Préférence confirmation de rendez-vous :

Date de naissance : / / Sexe : Courriel : _____

Si vous avez moins de 18 ans, inscrire le nom du parent/tuteur responsable : _____

En cas d'urgence, contacter : _____ au _____

Êtes-vous prestataire du programme d'aide sociale ?

- | | O | N | | O | N |
|--|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 7. Transfusion sanguine..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Si oui, raison : | | | 8. Fièvre rhumatismale | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | | | 9. Problèmes sanguins : | | |
| _____ | | | 9.1 Hémophilie..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | | | 9.2 Sang clair..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | | | 9.3 Anémie..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nom du médecin : | | | 9.4 Saignement anormal ou hémorragie lors d'une | | |
| Tél. : | | | chirurgie..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Prenez-vous présentement des médicaments ou en | | | 9.5 Autre (Spécifiez) : _____..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 10. Tension artérielle (pression).....Basse / Haute..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Si oui, lesquels : | | | 11. Rhumes fréquents ou sinusites..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | | | 12. Perte de conscience soudaine | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | | | 13. Problèmes pulmonaires | | |
| _____ | | | 13.1 Bronchite chronique..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Prenez-vous : | | | 13.2 Pneumonie..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - des produits naturels ou homéopathiques ?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 13.3 Emphysème..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Spécifiez : | | | 13.4 Tuberculose..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - des anovulants (pilule anticonceptionnelle) ?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 14. Sinusite..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - des hormones ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 15. Jaunisse..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Spécifiez : | | | 16. Hépatite B..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 17. Hépatite C..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Êtes-vous enceinte ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 18. Troubles digestifs (Spécifiez) : _____.. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Allaitez-vous ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 19. Ulcère de l'estomac..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avez-vous souffert ou souffrez-vous de : | | | 20. Problème du foie (hépatite : Virus A, B, C, cirrhose, etc.)... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Troubles cardiaques : | | | 21. Troubles du rein..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.1 Infarctus..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 22. Urinez-vous souvent..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.2 Angine | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 23. Infections transmissibles sexuellement (ITS)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.3 Problèmes valvulaires..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 24. Diabète..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.4 Souffle au cœur | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 25. Troubles thyroïdiens..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.5 Maladie cardiaque congénitale..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 26. Maladies de la peau..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.6 Douleur à la poitrine avec effort..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 27. Accident cérébro-vasculaire..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.7 Insuffisance coronarienne..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 28. Problème oculaires (yeux)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.8 Autre (Spécifiez) : _____..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 29. Arthrite..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | 30. Ostéoporose..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

