

ANTÉCÉDANTS MÉDICAUX

Date: Nom: Prénom: Tél: Portable: Courriel:	Adresse:
Date de naissance: ___ / ___ / ___ (J/M/A)	
Age: Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
# Assurance maladie:	
Taille: Poids:	
Occupation: Employeur: Tél travail:	
Médecin de famille: Téléphone:	

EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter en cas d'urgence:	Tél résidence:
Relation avec le patient(e):	Portable:
	Tél travail:

Veillez cocher 'Oui' ou 'Non' pour chacun des énoncés suivants et fournir les détails pertinents à la page suivante :

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous présentement de :

	Oui	Non		Oui	Non
Tuberculose			Jaunisse ou hépatite		
Asthme			Hernie		
Allergies			Hémorroïdes ou sang dans les selles		
Bronchite chronique			Maladies de peau, acné, eczéma, psoriasis.		
MOPC ou autre problème pulmonaire			Urination fréquente ou douloureuse		
Sinusite			Diabète		
Fièvre des foies			Hypoglycémie		
Problèmes de gencives			Problèmes rénaux		
Thyroïde			Problèmes des surrénales		
Problèmes de la vision			Maladies transmises sexuellement		
Surdité			Embonpoint		
Problèmes musculaires			Anorexie ou boulimie		
Arthrite			Tumeur, ex-croissance, kyste ou cancer		
Rhumatismes			Étourdissements ou perte de connaissance		
Bursite			Migraines ou maux de tête sévères		
Douleurs dorsales			Perte de mémoire		
Engourdissements des membres			Paralyse		
Jointures douloureuses ou engourdis			Convulsions ou épilepsie		
Problèmes aux genoux			Méningite, encéphalite ou autre problème neurologique		
Fractures			Palpitation, problèmes cardiaques		
Indigestion ou reflux gastrique			Haute pression		
Problèmes d'estomac, foie, intestins ou ulcères			Basse pression		
Vessicule biliaire ou pierres			Anxiété ou attaques de panique		
Problèmes du colon			Dépression ou autre maladie mentale		
Problèmes gynécologiques			Tentative de suicide		
Fausse-couches			Trauma crânien		
Avortement			Greffe		
Infertilité			Consommation d'alcool ou de drogues		
Maladies contagieuses			SIDA		
Chirurgies			Autres		

1/3

ANTÉCÉDANTS MÉDICAUX... 2

Nom:	Prénom:
-------------	----------------

Pour toute réponse à laquelle vous avez coché 'oui', veuillez inscrire le numéro, le problème de santé, les détails, dates et traitements reçus.

No:	Problème de santé:
Détails: _____ _____ _____	
No:	Problème de santé:
Détails: _____ _____ _____	
No:	Problème de santé:
Détails: _____ _____ _____	
No:	Problème de santé:
Détails: _____ _____ _____	
No:	Problème de santé:
Détails: _____ _____ _____	

2/3

ANTÉCÉDANTS MÉDICAUX... 3

Nom:	Prénom:
-------------	----------------

	Maladies	Décédé - Cause
Père		
Mère		
Frères et sœurs		
Enfants		

Énumérez les vaccins reçus jusqu'à ce jour, avec date approximative:

Vaccin	Date	Vaccin	Date

MÉDICAMENTS

Médicament	Dosage	Traitement pour

Je déclare que les renseignements inscrits dans ce formulaire sont exacts et complets au mieux de ma connaissance et je comprends que je peux être appelé à fournir des rapports médicaux plus détaillés concernant tout problème de santé.

Signature:	Date:
-------------------	--------------

3/3