

QUESTIONNAIRE MEDICAL

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable pour adapter notre conduite thérapeutique, aussi nous vous remercions de bien vouloir remplir ce document avec précision. **Ce questionnaire est strictement confidentiel.**

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Sexe :

Représentants légaux (si patient mineur)

Nom et prénom :

Profession :

Nom et prénom :

Profession :

Date approximative de la dernière visite médicale :

Nom du médecin traitant :

| Le patient présente-t-il ou a-t-il présenté un(e) ou des | <u>(cochez et si oui précisez) :</u> | oui | non |
|--|--------------------------------------|-----|-----|
| Pathologie chronique ou affection de longue durée | | | |
| Maladie héréditaire | | | |
| Troubles de la croissance | | | |
| Poids : Taille : Date des premières règles : | | | |
| Troubles posturaux | | | |
| Troubles ostéo-articulaires | | | |
| Rhumatisme articulaire aigu | | | |
| Troubles neurologiques | | | |
| Epilepsie | | | |
| Pathologie cardiaque | | | |
| Pathologie rénale | | | |
| Troubles de la coagulation | | | |
| Troubles hormonaux | | | |
| Troubles alimentaires | | | |
| Diabète | | | |
| Maladie virale | | | |
| Pathologie pulmonaire | | | |
| Asthme | | | |

| Le patient est-il allergique aux | <u>(cochez et si oui précisez) :</u> | oui | non |
|---|---|------------|------------|
| Médicaments | | | |
| Métaux | | | |
| Latex | | | |
| Pollens | | | |
| Autres | | | |

| Le patient est-il sujet aux problèmes ORL | <u>(cochez)</u> | oui | non |
|--|------------------------|------------|------------|
| Rhumes | | | |
| Sinusites | | | |
| Angines | | | |
| Otites | | | |
| Ronflements nocturnes | | | |
| Apnées du sommeil | | | |
| Difficultés respiratoires | | | |
| Autres | | | |

| Le patient a-t-il opéré des | <u>(cochez)</u> | oui | non |
|------------------------------------|------------------------|------------|------------|
| Amygdales | | | |
| Végétations | | | |
| Paracentèse | | | |

| Le patient a-t-il subi un | <u>(cochez)</u> | oui | non |
|----------------------------------|------------------------|------------|------------|
| Traumatisme facial | | | |
| Traumatisme dentaire | | | |

| Le patient prend-il actuellement des médicaments | oui | non |
|---|------------|------------|
| <u>(cochez et si oui précisez) :</u> | | |
| <u>lesquels et depuis combien de temps :</u> | | |

| |
|---|
| Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler : |
| |

Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement.

Le

signature :