

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.....

Nom, prénom et profession des responsables légaux (si patient mineur) :

.....

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 : (si oui, entourez et précisez)

Pathologie chronique ou affection de longue durée :

Maladie héréditaire :

Troubles de la croissance.....

▪ Poids : Taille :

▪ Date des premières règles :

Troubles posturaux : OUI NON

Troubles ostéo-articulaires : OUI NON

Rhumatisme articulaire aigu : OUI NON

Troubles neurologiques : OUI NON

Epilepsie : OUI NON

Pathologie Cardiaque : OUI NON

Pathologie rénale : OUI NON

Troubles de la coagulation : OUI NON

Troubles hormonaux : OUI NON

Troubles alimentaires : OUI NON

Diabète : OUI NON

Maladie virale : OUI NON

Pathologie pulmonaire : OUI NON

Asthme : OUI NON.....

Le patient est-il allergique

Médicaments OUI NON

Métaux OUI NON

Latex OUI NON

Pollens OUI NON

Autres.....

Le patient est-il sujet aux problèmes ORL

Rhumes OUI NON

Sinusites OUI NON

Angines OUI NON

Otites OUI NON

Ronflements nocturnes OUI NON

Apnées du sommeil OUI NON

Difficultés respiratoires OUI NON

Autres.....

Le patient a-t-il été opéré

Des amygdales

Des végétations

Paracentèse

Le patient a-t-il subi un traumatisme

Facial

Dentaire

Le patient prend-il actuellement des médicaments ?

Si oui, lesquels et depuis combien de temps :

.....

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.

Date :

Signature :