

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

**NOM :**

**PRENOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**Avez-vous été traité(e) ou êtes vous en traitement pour l'une des maladies suivantes :  
(Cochez la ou les cases correspondantes)**

- Ⓞ **Pathologie cardio-vasculaire :**       Hypertension artérielle       Valvulopathies       Angine de poitrine  
 Infarctus du myocarde (si oui, quand.....)
- Ⓞ **Pneumologie :**       Insuffisance respiratoire       Asthme       Autres pneumopathies (BPCO...)
- Ⓞ **Hématologie :**       Maladie à risque hémorragique (Maladie de Willebrand, hémophilie, Thrombasthénie de Glanzmann...)  
 Troubles de l'hémostase       Médication à risque hémorragique (Anti-agrégants plaquettaire type Aspirine, Kardégic®, Plavix®...)  
 Anti-coagulants (anti-vit. K : Prévican® ; Héparine)
- Ⓞ **Endocrinologie :**       Diabète insulino-dépendant (type I)       Diabète non insulino-dépendant  
 Diabète équilibré : oui / non       Désordres thyroïdien, surrénalien...
- Ⓞ **Immunologie :**       Maladie auto-immunes       Immunodépression
- Ⓞ **Néphrologie / urologie :**       Insuffisance rénale       Dialyse       Greffe
- Ⓞ **Maladies infectieuses graves :**  
 Bactériennes       Parasitaire (paludisme)       VIH/SIDA       Hépatite B       Hépatite C
- Ⓞ **Gastro-hépto-entérologie :**       Ulcère gastro-duodéal       Pathologie intestinale
- Ⓞ **Gynécologie :**       Grossesse       Allaitement       Contraception (orale / stérilet)
- Ⓞ **Neurologie / Psychiatrie :**       Accident Vasculaire Cérébral       Epilepsie       Malaises vagues  
 Traitement antidépresseurs       Antécédents psychiatriques
- Ⓞ **Nutrition / mode de vie :**       Régime alimentaire       Tabac Nbre/Jour et depuis combien de temps.....  
 Alcool       Toxicomanie (drogues)       Piercing en bouche
- Ⓞ **Allergologie :**  
 Allergie médicamenteuse, si oui lesquels.....  
 Allergie au latex  
 Réaction aux anesthésies locales, si oui précisez.....
- Ⓞ **Cancérologie :**  
 Cancers, si oui lequel ou lesquels.....  
 Radiothérapie       Chimiothérapie       Bisphosphonate (chimio / ostéoporose)
- Ⓞ **Autres maladies non citées :**  
.....
- Ⓞ **Antécédents chirurgicaux :**  
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? Si oui, quand ?.....  
Quels types d'interventions ?.....  
Sous anesthésie générale ou locale ?.....
- Ⓞ **Prenez vous des médicaments ? Si oui lesquels ?**.....  
.....

**Date :**  
**Signature :**