

EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE MÉDICAL

(à faire compléter par le nouveau patient)

Bienvenue à notre clinique médicale !

Votre nouveau médecin souhaite vous connaître afin de bien prendre soin de votre santé.

Nous vous invitons donc à compléter ce questionnaire au complet, au meilleur de votre connaissance.

GÉNÉRALITÉS																	
Nom :	Prénom :																
Date de naissance :	Téléphone :																
Adresse :																	
Pharmacie habituelle :																	
Médecin de famille antérieur :	Dernier rendez-vous avec un médecin :																
PROBLÈMES DE SANTÉ DANS VOTRE FAMILLE																	
Père :	<input type="checkbox"/> Vivant et âgé de ans <input type="checkbox"/> Décédé à l'âge de ans <input type="checkbox"/> S'il est/était connu pour des problèmes de santé, précisez svp :																
Mère :	<input type="checkbox"/> Vivante et âgée de ans <input type="checkbox"/> Décédé à l'âge de ans <input type="checkbox"/> Si elle est/était connue pour des problèmes de santé, précisez svp :																
Frères et sœurs :	Inscrivez ici leurs prénoms, âges et leurs problèmes de santé <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Prénom</th> <th style="width: 20%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Âge</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> </tbody> </table>	Prénom	Âge														
Prénom	Âge																
Enfants :	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Nom, prénom</th> <th style="width: 20%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Âge</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> </tbody> </table>	Nom, prénom	Âge														
Nom, prénom	Âge																
STATUT SOCIAL																	
État civil : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Veuf/veuve																	
Emploi actuel :																	
Habitudes de vie :	Tabac <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Fumeur (# paquets/jour) <input type="checkbox"/> Ex-fumeur																

	Alcool	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Occasionnel	<input type="checkbox"/>	Quotidien	Nombre/jour :	
	Drogue	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Occasionnel	<input type="checkbox"/>	Régulièrement		
ALLERGIES									
Médicament(s) :									
Alimentaire(s) :									
Saisonniers(s) :									
VACCINATION									
Date dernier Tétanos :									
Si plus de 65 ans, déjà reçu Pneumovax : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non									
CHIRURGIES									
Avez-vous déjà été opéré? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez date et type d'opération :									
PROBLÈMES DE SANTÉ (ANCIENS ET ACTUELS)									
Santé mentale	<input type="checkbox"/>	Anxiété	<input type="checkbox"/>	Trouble de panique	<input type="checkbox"/>	Déficit attention +/- hyperactivité			
	<input type="checkbox"/>	Dépression	<input type="checkbox"/>	Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/>	Trouble du spectre de l'autisme			
	<input type="checkbox"/>	Suivi psycho.	<input type="checkbox"/>	Tentative(s) suicide					
Pulmonaire	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	MPOC – bronchite chronique					
	<input type="checkbox"/>	Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	MPOC - emphysème					
Cardiaque et vasculaire	<input type="checkbox"/>	Angine	<input type="checkbox"/>	Infarctus	<input type="checkbox"/>	Hypertension artérielle (haute pression)			
	<input type="checkbox"/>	AVC ou ICT	<input type="checkbox"/>	Dyslipidémie (cholestérol)	<input type="checkbox"/>	Insuffisance cardiaque			
	<input type="checkbox"/>	Fibrillation auriculaire							
Neurologique	<input type="checkbox"/>	Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	Sclérose en plaques			
	<input type="checkbox"/>	Démence	<input type="checkbox"/>	Migraine	<input type="checkbox"/>	Épilepsie			
Endocrinien	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	Infertilité	<input type="checkbox"/>	Trouble de la thyroïde			
	<input type="checkbox"/>	Âge de la ménopause :							
Digestif	<input type="checkbox"/>	Ulcère d'estomac	<input type="checkbox"/>	Syndrome du côlon irritable					
	<input type="checkbox"/>	Intolérance au lactose	<input type="checkbox"/>	Maladie cœliaque (intolérance au gluten)					
	<input type="checkbox"/>	Colite ulcéreuse	<input type="checkbox"/>	Maladie de Crohn					
Divers	<input type="checkbox"/>	Anémie	<input type="checkbox"/>	Arthrose	<input type="checkbox"/>	Ostéoporose			
	<input type="checkbox"/>	Polyarthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	Insuffisance rénale chronique			
	<input type="checkbox"/>	Hépatite C	<input type="checkbox"/>	Cirrhose	<input type="checkbox"/>	VIH			
	<input type="checkbox"/>	Fracture	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	Radiothérapie	
	<input type="checkbox"/>	Grossesse(s)	<input type="checkbox"/>	Avortement(s)					
Autres problèmes de santé									
EXAMENS PASSÉS									
<input type="checkbox"/>	Pap test (examen gynéco)	Date :							
<input type="checkbox"/>	Prostate	Date :							
<input type="checkbox"/>	Gastroscopie	Date :							
<input type="checkbox"/>	Coloscopie	Date :			Polype(s)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
<input type="checkbox"/>	Dépistage ITSS (MTS)	Date :							

(Révisé 2018-07)

La pratique en accès adapté vous intéresse? Consultez le site : acesadapte.cisssbsl.com