****

Questionnaire Médical

**CE QUESTIONNAIRE EST STRICTEMENT CONFIDENTIEL, MERCI DE LE REMPLIR CORRECTEMENT.**

**NOM …………………………………………………………....………..……… PRÉNOM …….……………………..………………. NÉ(E) LE : …..…./…..…../…….……**

**N° PORTABLE : ……………………………..…………….  ADRESSE MAIL : …..……………………………………………………………………………………………………**

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Coordonnées de votre Médecin traitant : **………………………………………………………………………………………………………………………………….………**

|  |  |
| --- | --- |
| Poids : |  |
| Pour les femmes : Êtes-vous enceinte ? | * Oui, date prévue du terme : ……..
 | * Non
 |

**Avez-vous, ou êtes-vous atteint(e) d’une des affections suivantes ?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Diabète
 | * Neurologique
 | * Insuffisance Rénale
 | * Hépatite
 |
| * Ulcère
 | * Dépression
 | * Asthme
 | * HIV
 |
| * Cholestérol
 | * Hypertension
 | * Ostéoporose
 | * Épilepsie
 |
| * Troubles de la coagulation sanguine
 | * Port d’une prothèse (hanche, genou,…)
 | * Cardiaque (valve, autre,…)
 | * Autres *(Précisez ci-dessous) :*
 |

……….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Êtes-vous allergique ?**Êtes-vous allergique aux protéines de lait ? | * Oui, à quoi ? ……………………………
* Oui
 | * Non
* Non
 |

**Suivez-vous un traitement ?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Anti-inflammatoire
 | * Anti-douleur
 | * Anti-cholestérol
 | * Aspirine
 |
| * Anticoagulant
 | * Antibiotique
 | * Antidépresseur
 | * Anxiolytique
 |
| * Anti-hypertenseur
 | * Antidiabétique
 | * Traitement pour Ostéoporose
 | * Chimiothérapie
 |
| * Radiothérapie
 | * Autres *(Liste des médicaments)*

 | ……………………………………………………………………………….………………….. | …………………………………………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Êtes-vous sujet(te) à des vertiges, à des pertes de connaissance ?** | * Oui
 | * Non
 |
| **Fumez-vous ?** | * Oui, nombre de cigarettes/jour :
 | * Non
 |
| **Avez-vous déjà eu une réaction après une anesthésie locale ?** | * Oui
 | * Non
 |

*Si vous estimez être victime de violence, parlez-en à votre praticien.*

**Je m’engage à signaler tout changement de mon traitement médical et de mon état général.**

Fait à , le Signature du patient Validation du praticien

 *(ou du représentant légal : Nom, Prénom et signature)*