****

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)*