

Formulaire relatif aux antécédents médicaux du patient

Nom du patient _____

Date de naissance (mm/jj/aaaa) _____

Raison de la consultation d'aujourd'hui: _____

Quand les symptômes ont-ils commencé? _____

Emplacement: _____

Apparition: Sélectionnez une seule proposition: Progressive Soudaine Autre

Durée: _____

Gravité: Sélectionnez une seule proposition: Faible Modérée Grave
 Incapacitante Autre

Contexte : (en marchant, etc.) _____

État : Sélectionnez une seule proposition: Nouveau diagnostic En amélioration
 Stable En dégradation Résolu

Facteurs aggravants: _____

Soulagés par: _____

Énumérez toutes les conditions chroniques :

Condition	Date d'apparition	Condition	Date d'apparition
Anémie		Problèmes oculaires	
Anxiété		Reflux gastro-oesophagien pathologique	
Arthrite		Maux de tête	
Infections de la vessie		Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	
Cancer _____ (type)		Hépatite	
Maladie pulmonaire obstructive chronique		Hypertension	
Constipation / diarrhée		Insomnie	
Dépression		Syndrome du côlon irritable	
Diabète de type 1		Accident vasculaire cérébral	
Diabète de type 2		Maladies thyroïdiennes	
		Autre	

Listes des médicaments que vous prenez actuellement (y compris les vitamines ou les suppléments sans ordonnance ou en vente libre)

1.	7.
2.	8.
3.	9.
4.	10.
5.	11.
6.	12.

Avez-vous des allergies actuellement (notamment à des médicaments, à des aliments, à des animaux, à des plantes ou à l'environnement quotidien)?

1.	
2.	
3.	
4.	

Veillez indiquer tous les antécédents médicaux:

<input type="checkbox"/> Allergies (saisonniers) <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire <input type="checkbox"/> Hypertrophie bénigne de la prostate <input type="checkbox"/> Caillots <input type="checkbox"/> Cancer _____ Type <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> MPOC <input type="checkbox"/> Insuffisance coronaire <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Diabètes <input type="checkbox"/> Trouble de la vésicule biliaire <input type="checkbox"/> GERD <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/> Hyperlipidémie <input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Syndrome du côlon irritable <input type="checkbox"/> Trouble hépatique <input type="checkbox"/> Migraines <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde / crise cardiaque <input type="checkbox"/> Ostéoarthrite <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Ulcère gastroduodénal <input type="checkbox"/> Maladie du rein <input type="checkbox"/> Trouble épileptique <input type="checkbox"/> Maladie thyroïdienne
Autre:		

Veillez indiquer tous les antécédents chirurgicaux:

<input type="checkbox"/> Angioplastie	Année _____	Réparation des hernies	Année _____
<input type="checkbox"/> Angioplastie avec endoprothèse	Année _____	Remplacement de la hanche	Année _____
<input type="checkbox"/> Appendicectomie	Année _____	Remplacement du genou	Année _____
<input type="checkbox"/> Chirurgie au dos	Année _____	LASIK	Année _____
<input type="checkbox"/> Pontage aortocoronarien	Année _____	Biopsie du foie	Année _____
<input type="checkbox"/> Libération du nerf médian au niveau du canal carpien	Année _____	Fixation interne par réduction chirurgicale	Année _____
<input type="checkbox"/> Extraction de la cataracte	Année _____	Stimulateur cardiaque	Année _____
<input type="checkbox"/> Cholécystectomie	Année _____	Résection du grêle	Année _____
<input type="checkbox"/> Colectomie	Année _____	Thyroïdectomie	Année _____
<input type="checkbox"/> Colostomie	Année _____	Amygdalectomie	Année _____
<input type="checkbox"/> Pontage gastrique	Année _____		

Autre:

Antécédents familiaux

Parenté	En bonne santé (oui / non)	Condition / diagnostic	Âge à l'apparition	Cause du décès (oui / non)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Antécédents sociaux : usage du tabac

Consommation de tabac: <input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> Ancienne <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Type: <input type="checkbox"/> Tabac à chiquer <input type="checkbox"/> Cigare <input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> Pipe <input type="checkbox"/> Tabac sans fumée <input type="checkbox"/> Tabac à priser	Quantité par jour: _____	Année(s) d'utilisation: _____	Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer? (oui / non) _____ Année d'arrêt : _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

Antécédents sociaux : alcool

Oui / non / ancienne _____	Si oui, type: _____	Fréquence: _____
Si ancienne, quand avez-vous arrêté? _____	Montant: _____	Dernier verre: _____

Antécédents sociaux : caféine

Consommation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Type : <input type="checkbox"/> Chocolat <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Boissons énergétiques <input type="checkbox"/> Boissons gazeuses <input type="checkbox"/> Comprimés <input type="checkbox"/> Thé	Quantité par jour : _____
---------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

Signature du patient:

Date: