

## 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**

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

**Antécédents sociaux : alcool**

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

**Antécédents sociaux : caféine**

<b>Consommation :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Type :</b> <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	<b>Quantité par jour :</b> _____
---	---	-------------------------------------

Signature du patient:

Date: