

CABINET DES DR MARCHAL ET HOFFMANN-AVART

QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM ET PRENOM DU PATIENT:.....
PROFESSION :
DATE DE NAISSANCE:/...../19.....
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE:.....
TEL DOMICILE ET PORTABLE :.....
NOM DU MEDECIN TRAITANT:.....
ADRESSE MAIL :.....
Souhaitez vous recevoir la lettre d'information trimestrielle du cabinet? OUI /NON

PRENEZ-VOUS ACTUELLEMENT DES MEDICAMENTS? OUI / NON
LESQUELS?:.....

CARDIAQUES-VASCULAIRES

Hypertension.....
Angine de poitrine.....si oui,date.....
Infarctus.....
Douleurs thoraciques.....

CARDIAQUES-VALVULAIRES

Souffle cardiaque.....
Malformation opérée ou non.....
Rhumatisme articulaire aigu.....
Porteur de prothèse valvulaire.....

DIABETE

Etes vous diabétique?
si oui, votre diabète est-il équilibré?

DIGESTIFS

Brûlures d'estomac.....
Ulcère.....

ALLERGIQUES

Etes vous allergique aux pénicillines?
d'autres produits?.....
à l'iode?.....

Avez-vous été traité par radiothérapie?

Si oui à quelle date?.....

HEPATIQUES

Hépatite virale.....

OSTEOPOROSE

Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement
aux bisphosphonates (Clastoban, Lytos, Skelid, Aredia,
Bondronat, Zometa, Aclasta, Fosamax, Actonel, Bonviva)?
.....

NERVEUX

Perte de connaissance.....
Dépression.....

AUTRES PATHOLOGIES

Rénale.....
Glandulaire.....
Pulmonaire.....
Oculaire.....
Immunologique.....
Séropositivité ou HIV.....
Asthme.....
Epilepsie.....
Tuberculose.....

TROUBLES SANGUINS

Hémophile.....
Saignez-vous beaucoup après
une coupure ou une extraction ? oui / non

ETAT GENERAL

Etes vous enceinte?oui / non
Etes vous fumeur?oui / non
Nombre de cigarettes par jour:.....

Date:

Signature :