

QUESTIONNAIRE MEDICAL

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable pour adapter notre conduite thérapeutique, aussi nous remercions de bien vouloir remplir ce document avec précision. Ce questionnaire est strictement confidentiel.

Nom et prénom du patient :
Date de naissance :
Date approximative de la dernière visite médicale :
Nom du médecin traitant :

Le patient présente-t-il ou a-t-il présenté un(e) ou des

- Pathologie chronique ou affection de longue durée :
- Maladie héréditaire :
- Troubles de la croissance :
Poids : Taille :
- Troubles posturaux :
- Troubles ostéo-articulaires :
- Rhumatisme articulaire aigu :
- Troubles neurologiques :
- Epilepsie :
- Pathologie cardiaque :
- Pathologie rénale :
- Troubles de la coagulation :
- Troubles hormonaux :
- Troubles alimentaires :
- Diabète :
- Maladie virale :
- Pathologie pulmonaire :
- Asthme :

37 boulevard Duclaux - 63000 CLERMONT-FERRAND
Tel 04 73 34 85 00 - Fax 04 73 34 74 96

Le patient est-il allergique :

médicaments :

métaux :

latex :

pollens :

autres :

Le patient est-il sujet aux problèmes ORL

- rhumes
- sinusites
- angines
- otites
- ronflements nocturnes
- apnées du sommeil
- difficultés respiratoires
- autres :

Le patient a-t-il été opéré des amygdales

végétations

paracentèse

Le patient a-t-il subi un

- naissance difficile : forceps, cuillers
- traumatisme facial
- traumatisme dentaire

Le patient prend-il actuellement des médicaments

Si oui, lesquels et depuis combien de temps :

.....

Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler?

.....

.....

Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement.

Date :

Signature :

37 boulevard Duclaux - 63000 CLERMONT-FERRAND

Tel 04 73 34 85 00 - Fax 04 73 34 74 96

Membre d'une association de gestion agréée par l'administration fiscale acceptant à ce titre le règlement des honoraires par chèque libellé à son nom