

Formulaire d'antécédents médicaux

Ronald G. Zelt, MD

Dossier confidentiel : Les informations contenues dans ce document font partie de votre dossier médical utilisé dans notre établissement et ne seront en aucun cas divulguées, à moins que vous nous ayez autorisés à le faire. Veuillez répondre à toutes ces questions au mieux de vos connaissances. Les informations que vous nous fournirez seront utilisées par votre médecin lors des prises de décisions concernant les soins qui vous seront fournis.

Nom _____ Date _____
Nom Prénom (s)

Adresse _____
Rue Ville Province Code postal

Téléphone résidentiel _____ Date de naissance _____
jj/mm/aaaa

Téléphone cellulaire _____ Courriel _____

Comment avez-vous été référé(e) chez nous ? Comment avez-vous entendu parler de nous ? (cocher toutes les cases pertinentes)

Médecin (nom) _____ Ami (nom) _____ Site internet
 Autre _____

Âge _____ Taille _____ Poids _____ DDN _____

Traitement suivi : _____

Allergies aux médicaments : _____

Opérations chirurgicales et date : _____

Avez-vous déjà été confronté(e) à l'un de ces troubles, actuellement ou dans le passé ?

Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcère à l'estomac
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crises d'épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crise cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronchite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angine de poitrine/insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumatismes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calcul rénal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopathie congénitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infection urinaire (IVU)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhume des foies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucémie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	amygdalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saignements
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble de la thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bouton de fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA

Autre trouble : _____

Troubles psychiatriques : _____

Est-ce qu'un membre de votre famille a eu l'un de ces antécédents médicaux ? Si oui, veuillez préciser :

Avez-vous déjà fumé ? Oui Non Si oui, veuillez préciser la quantité _____

Consommez-vous de l'alcool ? Oui Non Si oui, veuillez préciser la quantité _____