

Nom / Prénom / Date de naissance: _____

Questionnaire médical

Chère patiente, cher patient

Afin de vous fournir les meilleurs soins possibles, nous vous demandons de répondre aux questions suivantes, avant le premier rendez-vous:

Souffrez-vous de maladie	Oui	Non	Si oui, lequel/quand?
▪ du cœur ou de la circulation (tension artérielle, arythmie, thrombose, embolie pulmonaire)?	☐	☐	
▪ des poumons ou de la respiration?	☐	☐	
▪ de l'estomac, des intestins, du foie ou de la bile?	☐	☐	
▪ du rein et/ou de la vessie?	☐	☐	
▪ de la tête ou du système nerveux (épilepsie, sclérose multiple, maladie de Parkinson, démence)?	☐	☐	
▪ du métabolisme (diabète, thyroïde, etc.)?	☐	☐	
▪ des organes sexuels ou de la fonction sexuelle?	☐	☐	
▪ de l'appareil locomoteur, des muscles ou du dos?	☐	☐	
▪ due à une tumeur?	☐	☐	
Êtes-vous ou avez-vous été traité par un psychiatre/psychologue?	☐	☐	
Buvez-vous de l'alcool? Si oui, combien?	☐	☐	
Est-ce que vous fumez? Si oui, combien?	☐	☐	

Souffrez-vous de maladie	Oui	Non	Si oui, lequel/laquel/quand?
Prenez-vous/avez-vous pris des drogues?	☐	☐	
Faites-vous régulièrement du sport? Si oui, quel type de sport?	☐	☐	
Prenez-vous des médicaments?	☐	☐	
Avez-vous subi des opérations, des accidents ou des maladies graves?	☐	☐	
Souffrez-vous d'une allergie?	☐	☐	
Vous avez déjà été vacciné/e?	☐	☐	
Vos parents, frères et sœurs souffrent-ils de maladie cardiaque, accident vasculaire cérébraux, épilepsie, tumeurs, diabète, hypertension artérielle ou autres ?	☐	☐	
Vous êtes célibataire?	☐	☐	Si non: Vivez-vous avec un(e) partenaire? ☐ Oui ☐ Non
Autres informations importantes:			

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

Votre équipe Sanacare