

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

CLINIQUE EXTERNE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Consignes : Questionnaire à compléter par l'utilisateur avant la rencontre médicale

INFORMATIONS GÉNÉRALES	
Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin	Âge : _____ ans Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies aux médicaments : _____	
Autres allergies : _____	
Médication : _____	
Liste de médicaments : ☐ Oui ☐ Non, * Veuillez fournir la liste de vos médicaments	
Assurance pour les médicaments : ☐ Oui ☐ RAMQ ☐ Autre : _____	
Est-ce que vous prenez de l'alcool sur une base régulière ? ☐ Oui ☐ Non, Quantité : _____/jour	
Est-ce que vous fumez (tabac) ? ☐ Oui ☐ Non, Quantité : _____/jour	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	OUI	NON
Avez-vous déjà été diagnostiqué ou traité pour un cancer ? Préciser : _____ Année : _____	☐	☐
Avez-vous des problèmes cardio-vasculaires ? ☐ Hypertension (HTA) ☐ Hypotension ☐ Insuffisance cardiaque ☐ Angine ☐ Infarctus ☐ Pontage ☐ Stent ☐ Accident cérébral vasculaire (AVC) ☐ Cholestérol élevé	☐	☐
Êtes-vous porteur d'un : ☐ Stimulateur cardiaque « pacemaker » OU d'une ☐ Valve cardiaque ?	☐	☐
Avez-vous des problèmes respiratoires ? ☐ Maladie pulmonaire chronique « MPOC » ☐ Bronchite chronique ☐ Emphysème ☐ Asthme	☐	☐
Êtes-vous diabétique ? Préciser le traitement : ☐ Diète ☐ Insuline ☐ Sans insuline	☐	☐
Avez-vous des problèmes neurologiques ? ☐ Sclérose en plaque ☐ Autre : _____	☐	☐
Avez-vous déjà été diagnostiqué ou traité pour un problème hématologique ? ☐ Anémie ☐ Thrombophlébite ☐ Embolie pulmonaire ☐ Trouble de coagulation ☐ Prise d'anticoagulants	☐	☐
Avez-vous des problèmes avec votre glande thyroïde ? ☐ Hypothyroïdie ☐ Hyperthyroïdie	☐	☐
Êtes-vous connu pour des maladies inflammatoires des intestins ? Préciser : _____	☐	☐
Êtes-vous porteur d'une prothèse articulaire ? Préciser l'endroit : _____	☐	☐
Souffrez-vous d'une maladie auto-immune ? ☐ Lupus ☐ Autre : _____	☐	☐
Souffrez-vous d'une maladie de la peau ? ☐ Eczéma ☐ Acné ☐ Psoriasis ☐ Cancer ☐ Rosacée	☐	☐

Nom : _____ Prénom : _____ # Dossier : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (SUITE)	OUI	NON
Souffrez-vous d'une infection actuellement ? Préciser : _____	☐	☐
Souffrez-vous de troubles nerveux ? ☐ Dépression ☐ Anxiété ☐ Autre : _____	☐	☐
Souffrez-vous de maux de tête fréquents ?	☐	☐
Souffrez-vous de problèmes oculaires ? ☐ Uvéite ☐ Glaucome ☐ Autre : _____	☐	☐
Avez-vous des problèmes rénaux ? Préciser : _____	☐	☐
Avez-vous des problèmes de foie ou hépatite ? Préciser : _____	☐	☐

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX
Types de chirurgie : _____

AUTRES
Activité physique : ☐ Aucune ☐ Légère à modérée ☐ Actif ☐ Très actif
Avez-vous des animaux domestiques ? ☐ Chat ☐ Chien Préciser le nombre : _____
Avez-vous besoin d'aide pour vous mobiliser ? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous besoin d'aide pour effectuer vos activités quotidiennes ? ☐ Oui ☐ Non

FEMMES SEULEMENT	OUI	NON
Avez-vous des antécédents de problèmes gynécologiques ? Préciser : _____	☐	☐
Êtes-vous enceinte ou pensez-vous l'être ?	☐	☐
Planifiez-vous une grossesse ?	☐	☐
Allaitez-vous en ce moment ?	☐	☐
Utilisez-vous une méthode de contraception ? Préciser laquelle : _____	☐	☐

ENFANTS SEULEMENT
À la naissance : Poids : _____ kg APGAR (si connu) : _____ Présence de jaunisse ? ☐ Oui ☐ Non
Votre enfant fréquente-il la garderie ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Milieu familial ☐ CPE
Présence de frères et/ou de sœurs ? ☐ Oui ☐ Non, Préciser : _____
Vaccination à jour ? ☐ Oui ☐ Non, Préciser : _____
Allaitement : ☐ Oui ☐ Non, Préciser jusqu'à quel âge : _____
Présence de surdité familiale : ☐ Oui ☐ Non, Préciser : _____

Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj