



MOCLI60782

Installation : _____

AUTO-QUESTIONNAIRE CLINIQUE D'ALLERGIE

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Raison principale de votre visite : _____

Occupation : _____

Assurance médicament : ☐ RAMQ ☐ Privé Est-ce que vous fumez : ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous connu pour des problèmes de santé?

Cœur : ☐ Oui ☐ Non Reins : ☐ Oui ☐ Non Peau : ☐ Oui ☐ Non
Poumon : ☐ Oui ☐ Non Hormones : ☐ Oui ☐ Non Cancer : ☐ Oui ☐ Non Digestif : ☐ Oui ☐ Non
Tout autre problème : _____

Avez-vous de l'asthme : ☐ Oui ☐ Non Avez-vous de l'eczéma : ☐ Oui ☐ Non

Prenez-vous des médicaments : ☐ Oui ☐ Non

Lesquels : _____

Avez-vous des animaux à votre domicile : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez : _____

Avez-vous des allergies à des aliments : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez : _____

Avez-vous des allergies à des médicaments : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez : _____

Avez-vous des allergies saisonnières ou
à l'année (pollens, animaux, etc.) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez : _____

Avez-vous déjà eu une réaction allergique à une piqûre d'insecte (abeille, guêpe, frelon) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez : _____

ANALYSE ET INTERPRÉTATION - SECTION À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

