

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Sexe: F  M   
 N° civique \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Appartement \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) \_\_\_\_\_  
 Cellulaire \_\_\_\_\_ Date de naissance A/M/J \_\_\_\_\_ N° assurance sociale (facultatif) \_\_\_\_\_  
 Courriel \_\_\_\_\_ N° assurance maladie \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_  
 En cas d'urgence, contacter \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
 Raison de la visite \_\_\_\_\_ Adressé par \_\_\_\_\_  
 Si vous avez moins de 18 ans, inscrire le nom du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Parent  Madame   
 Tuteur  Monsieur

Antécédents médicaux

Poids \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_ Médecin de famille \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ? Oui  Non  Si oui, raison \_\_\_\_\_  
 Nom du médecin \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_  
 2. Si vous prenez des médicaments ou en avez pris au cours des six derniers mois, spécifiez :

Raison	Nom du médicament	Nom du médecin qui l'a prescrit et téléphone

- |  |  |  |  |   |  |   |   |   |  |   |  |
|--|--|--|--|---|--|---|---|---|--|---|--|
| <p>3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Spécifiez _____</p> <p>Des anovulants (pilule anticonceptionnelle) ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Des hormones ? Spécifiez _____</p> <p>4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>5. Êtes-vous enceinte ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Allaitiez-vous ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :</b></p> <p>6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle) ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>7. Fièvre rhumatismale ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>8. Problèmes sanguins :</p> <p>8.1 Hémophilie ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>8.2 Saignements prolongés ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>8.3 Sang clair ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>8.4 Anémie ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>8.5 Autres, spécifiez _____ ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>9. Tension artérielle (pression) Haute <input type="checkbox"/> Basse <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>10. Rhumes fréquents ou sinusite ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>12. Troubles digestifs ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Spécifiez _____</p> <p>13. Ulcère de l'estomac ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>14. Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.) ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>15. Troubles du rein ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>16. Urinez-vous souvent ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>17. Infections transmissibles sexuellement (ITS) ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>18. Diabète ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>19. Troubles thyroïdiens ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>20. Maladies de la peau ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | <p>21. Problèmes oculaires (yeux) ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>22. Arthrite ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>23. Ostéoporose ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Prenez-vous des bisphosphonates ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>24. Épilepsie ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>25. Troubles nerveux ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>26. Maladies psychiatriques ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Spécifiez _____</p> <p>27. Maux de tête fréquents ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>28. Étourdissements, évanouissements ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>29. Maux d'oreilles ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>30. Rhume des foins ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>31. Asthme ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>32. Fumez-vous ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>33. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur) ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>34. Êtes-vous atteint du sida ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>35. Êtes-vous séropositif ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>36. Avez-vous des prothèses articulaires ? (hanche, genou, etc.) ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>37. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronflez ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>38. Avez-vous déjà eu une <u>réaction allergique</u> ou autre, aux produits suivants:</p> <table border="0"> <tr> <td>38.1 Latex <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td>38.6 Pénicilline <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>38.2 Aliments <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td>38.7 Codéine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>38.3 Iode <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td>38.8 Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>38.4 Aspirine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td>38.9 Anesthésie locale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>38.5 Sulfamides <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td>38.10 Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> </table> <p>Spécifiez _____</p> <p>39. Consommez-vous des drogues ? ..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | 38.1 Latex <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 38.6 Pénicilline <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 38.2 Aliments <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 38.7 Codéine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 38.3 Iode <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 38.8 Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 38.4 Aspirine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 38.9 Anesthésie locale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 38.5 Sulfamides <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 38.10 Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 38.1 Latex <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | 38.6 Pénicilline <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |  |  |   |  |   |   |   |  |   |  |
| 38.2 Aliments <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  | 38.7 Codéine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |  |  |   |  |   |   |   |  |   |  |
| 38.3 Iode <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  | 38.8 Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |  |  |   |  |   |   |   |  |   |  |
| 38.4 Aspirine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  | 38.9 Anesthésie locale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |  |  |   |  |   |   |   |  |   |  |
| 38.5 Sulfamides <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  | 38.10 Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |  |  |   |  |   |   |   |  |   |  |

