

## Mise à Jour HISTORIQUE MÉDICAL - confidentiel

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

N° de tél : ..... Adresse mail : .....

Motif de la consultation : .....

**Merci de remplir ce questionnaire médical qui permettra de mettre à jour votre dossier.**

☺ Avez-vous **consulté votre médecin** dernièrement ? Oui  Non

Pour quelle affection ? .....

Date de votre dernier bilan sanguin ? .....

☺ Avez-vous des **problèmes de santé** ? Oui  Non  Lesquels ? .....

☺ Prenez-vous **actuellement des médicaments** ? Oui  Non

Lesquels : .....

Anticoagulants ? ..... Corticoïdes ? .....

Tranquillisants ? ..... Antidépresseurs ? .....

☺ **Quels antalgiques** prenez-vous habituellement ? .....

☺ Avez-vous eu, ou avez-vous ?

Une **maladie cardiaque** ? Oui  Non  Des **troubles de la tension artérielle** ? Oui  Non

Du **diabète** ? Oui  Non  Un traitement de **radio thérapie** ? Oui  Non

Des problèmes de **thyroïde** ? Oui  Non  Des **vertiges** ? Oui  Non  Des **maux de tête** ? Oui  Non

☺ Avez-vous subi des **interventions chirurgicales** ? Oui  Non

Si oui, lesquelles et quand ? : .....

☺ Avez-vous déjà subi une **anesthésie générale** ? Oui  Non  une **anesthésie locale** ? Oui  Non

Comment cela s'est-il passé ? .....

☺ **Saignez-vous longtemps** en cas de coupure ? Oui  Non

☺ Avez-vous facilement des **hématomes** (bleus) ? Oui  Non

des **oedèmes** ? Oui  Non  des **infections** ? Oui  Non

☺ Vous sentez-vous facilement **stressé** ? Oui  Non

☺ Avez-vous des **allergies** ? Oui  Non

○ Antibiotiques

○ Latex

○ Anesthésiques

○ Métal

○ Aspirine

○ Iode

○ Anti-inflammatoires

○ Autre : .....

○ Codéine

☺ Etes-vous **fumeur** ?  Oui  Non

Si oui, nombre de cigarettes/jour : ..... Depuis combien de temps ? .....

**Ancien fumeur** ? nombre de cigarettes/jour : ..... Combien de temps ? ..... Date arrêt ? .....

☺ Faites-vous du **sport** ? Oui  Non

☺ Madame, Mademoiselle :

• Etes-vous **enceinte** ou susceptible de l'être ? Oui  Non

• Prenez-vous actuellement la **pilule** ? Oui  Non

• Prenez-vous un traitement contre l'**ostéoporose** ou une autre maladie osseuse ? Oui  Non

Si oui, quel type de médicaments prenez-vous ? Hormones  O Estrogènes  **Biphosphonates**

**Autres remarques utiles** : .....

Merci de votre collaboration. J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. **Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.**

Bruguières, le ..... Signature .....