

Nom:	Prénom:	Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse:	Ville:	Code Postal:
Téléphone:	Cellulaire :	Tél. Travail:
Date de naissance:	No assurance maladie:	Date exp:
Référé(e) par:	Raison du rendez-vous :	
Adresse courriel :		

Antécédents médicaux

- | | Oui | Non | Raison, détails et date |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 1. Êtes-vous suivi par un médecin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. Êtes-vous enceinte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. Allaitiez-vous? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Spécifiez _____ |
| 8. Prenez-vous des médicaments <input type="checkbox"/> des anovulants <input type="checkbox"/> ou hormones <input type="checkbox"/> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Veillez indiquer tous les médicaments (incluant anovulants et hormones) pris en ce moment ou au cours des 6 derniers mois

Médicament et raison	Médicament et raison

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :

- | | Oui | Non | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Problèmes sanguins | | | Douleur chronique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (hémophilie, anémie, saignements prolongés) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Épilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conditions cardiaques | | | Troubles ou maladies du système nerveux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infarctus, angine, chirurgie, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles ou maladies psychiatrique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection du cœur (endocardite) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rhumes fréquents ou sinusite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculose ou problèmes pulmonaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tension artérielle (pression) haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Étourdissements, évanouissements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rhume des foins/allergies saisonnières | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maux de tête fréquents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergies ou manifestation à ces produits : | | |
| Douleur à l'articulation de la mâchoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Oui Non | Oui | Non |
| Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Latex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles ou maladies du système digestif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pénicilline <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Précisez _____ | | | Clindamycine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles d'estomac ulcère <input type="checkbox"/> reflux <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles du rein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres conditions médicales à mentionner: _____ | | |
| Diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Troubles thyroïdiens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres aspects | Oui | Non |
| Cancer (tumeur) Précisez _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ronflez-vous? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Radiothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Souffrez-vous d'apnée du sommeil? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fumez-vous? ____ cig./jour ou ex-fumeur <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous porteur du virus du SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consommez-vous de l'alcool? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fréquence : ____ verres <input type="checkbox"/> /jour <input type="checkbox"/> /sem. <input type="checkbox"/> /mois | | |
| Précisez _____ | | | Consommez-vous des drogues? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladies de peau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prenez-vous de la méthadone? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problèmes oculaires (yeux) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Maux d'oreilles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Arthrite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Ostéoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Prévention/traitement (ex : comprimés) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Injection annuelle ou mensuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Réservé au docteur pour notes particulières

QMR

Signature du patient (parent ou tuteur si le patient a moins de 14 ans)

Date : ____ / ____ / ____
 Jour Mois Année