

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. Allaitez-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"/> | <b>Autres aspects</b>   | 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

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
          Jour    Mois    Année

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