

QUESTIONNAIRE MÉDICAL page 1

Afin de vous apporter la prise en charge la plus sécurisée possible, l'entreprise de votre traitement doit être précédée de ce questionnaire sur votre état de santé.

Veillez prendre le temps de bien lire le contenu de ce document qui sera consigné dans votre dossier, puis d'en **compléter intégralement les 2 pages**.

Nom et prénom du patient : né(e) le

Nom et prénom de l'assuré si le patient n'est pas lui-même l'assuré :

Quel est le motif de la consultation ?

1

- Une douleur
- Un contrôle
- Autre :

Avez-vous eu un problème de santé cette année ?

2

- OUI NON

Si oui, précisez :

- Infarctus
- Accident vasculaire cérébral
- Cancer
- Autre :

Avez-vous des problèmes ou antécédents ?

3

- Cardiaque
- Vasculaire
- Pulmonaire
- Rénal
- Diabète
- Hépatique
- Sanguin
- Thyroïde
- Digestif
- Dépression
- Épilepsie
- Cancer actif
- VIH, sida
- Herpès, zona
- Autre :

Avez-vous déjà subi une opération ?

4

- OUI NON

Si oui, précisez :

- Valve cardiaque
- Pace maker, stents, pontage
- Thyroïde
- Rein
- Fole
- Greffe
- Hanche
- Cancer
- Autre :

Êtes-vous traité à l'hôpital pour :

5

- Dialyse
- Chimiothérapie
- Radiothérapie

Fumez-vous ?

8

- OUI NON

et/ou consommez-vous de l'alcool ?

- OUI NON

Avez-vous déjà fait une allergie ?

6

- OUI NON

Si oui, précisez :

- Antibiotique
- Iode
- Latex
- Résine
- Métal (préciser :))
- Anesthésie
- Autre :

Prenez-vous des médicaments ?

7

- OUI NON

Si oui, précisez :

.....
.....
.....

Femmes seulement : êtes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ?

9

- OUI NON

Nombre de semaines/mois :

.....
.....

10 Avez-vous contracté le coronavirus ?

OUI

NON

11 Si vous l'avez contracté, êtes-vous guéri(e) ?

OUI

NON

12 Si vous avez répondu oui aux questions 10 et 11, avez-vous bénéficié d'un test sérologique ?

OUI

NON

13 Êtes-vous en contact étroit avec une personne avérée Covid19 (personne en quatorzaine) ?

OUI

NON

14 Si vous présentez actuellement un ou plusieurs des symptômes suivants, cochez celui ou ceux qui vous concernent, sinon cochez NON

fièvre supérieure à 38°C

sensation de fièvre et frissons

toux persistante

difficultés respiratoires

perte soudaine du goût ou de l'odorat

diarrhées inhabituelles

maux de tête inhabituels

une fatigue intense soudaine

NON

*Je certifie que les informations fournies au docteur
sont complètes et sincères, et je m'engage à lui signaler toute modification éventuelle de mon
état de santé ou de celui de mon enfant.*

A Bordeaux, le

Signature du patient ou d'un responsable légal pour les patients mineurs :