

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Remplissez-le directement sur votre ordinateur en utilisant Acrobat et imprimez-le, ou imprimez-le et complétez-le à la main, puis venez avec le jour de votre rendez-vous)

Merci de bien vouloir remplir complètement et attentivement ce questionnaire strictement confidentiel, afin de mieux vous soigner. Par la suite, veuillez nous tenir informé des éventuels changements de votre état de santé.

Nom.....**Prénom**.....

Nom de jeune fille.....

Date de naissance/...../.....**Numéro de sécurité sociale**.....

Adresse :

Code postal.....**Localité**.....

Tél domicile.....**Tél professionnel**.....

Tél mobile.....**Adresse mail**.....

Bénéficiez-vous de **la couverture maladie universelle ? (CMUC)**.....

OUI

NON

Médecin traitant : (Nom, Prénom, Ville)

Spécialiste : (Nom, Prénom, Ville)

Quel est le motif de cette consultation ?

Avez-vous consulté un dentiste récemment, dans un autre cabinet ? Si oui, disposez-vous d'une radio panoramique récente ?

OUI

NON

Prenez-vous des médicaments ? ...

OUI

NON

Si OUI, veuillez apporter les ordonnances afin de faire une photocopie.....

Lesquels ?

Avez-vous déjà eu des problèmes :

Cardiaques ?

Urticaire ?

Affection pulmonaire ?

Sanguins ?

Anémie ?

Autres ?

Rhumatismes ?

Diabète ?

Asthme ?

Endocriniens ?

Rénaux ?

Hépatiques

Epilepsie ?

Nerveux ?

Précisez vos problèmes médicaux :

.....
.....

Nos organismes nous demandent d'organiser les séances de soins. Merci de cocher la case pour définir votre groupe :

- Groupe A** : patient sans symptôme évocateur de COVID-19 (a) et qui ne répond pas aux caractéristiques des groupes B, C et D.
- Groupe B** : patient sans symptôme évocateur de COVID-19 (a) sans contact à risque mais à risque de développer une forme grave de la maladie (b)
- Groupe C** : patient sans symptôme évocateur de COVID-19 (a) mais en contact étroit avec une personne avérée COVID-19 (patient en quatorzaine)
- Groupe D** : Patient COVID-19 avéré ou présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 (a) non encore testé (patient en isolement)
 - a. Principaux signes 24,25 : fièvre (>38°) ou sensation de fièvre (frissons), toux, difficulté respiratoire, perte soudaine de goût et d'odorat, diarrhées céphalées, inhabituelles, altération de l'état général
 - b. Principaux facteurs de risque 56 : âge > 65 ans, HTA compliquée, maladie respiratoire chronique, diabète non équilibré, femme enceinte (3ème trimestre), insuffisance cardiaque, obésité (IMC > 30), immunodépression congénitale ou acquise (voir liste exhaustive en annexe 5).

Avez-vous déjà eu des réactions à certains produits ?

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques ? | <input type="checkbox"/> Iode ? |
| <input type="checkbox"/> Aspirine ? | <input type="checkbox"/> Autres ? |
| <input type="checkbox"/> Anesthésiques ? | |

Lorsque vous vous blessez, saignez-vous beaucoup ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|------------------------------|------------------------------|

Combien de temps ?

Etes-vous fumeur ?

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI/ nb par jour | <input type="checkbox"/> NON |
|---|------------------------------|

Si vous êtes une femme :

Etes-vous enceinte ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|------------------------------|------------------------------|

Date de l'accouchement/...../.....

Prenez ou avez-vous déjà pris un traitement aux biphosphonates ?

- OUI
- NON

(Ostéoporose) : Nom du traitement

Voyez vous autre chose à nous signaler au sujet de votre santé ?

.....
.....

Fait à Communay, le/..../....

Signature :