

CLINIQUE MÉDICALE DE LA MARCONI

Questionnaire médical de prise en charge

Veuillez cocher la ou les case(s) qui s'appliquent à votre situation

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

CONTEXTE SOCIAL ET HABITUDES DE VIE

Emploi/Occupation : _____

État civil

- Célibataire
- Marié
- Conjoint(e) de fait
- Veuf/veuve

Tabac

Nombre de cigarettes par jour : _____

Alcool

Quantité par semaine : _____

Drogue(s) Quel type : _____

Fréquence : _____

Activité physique

- Tous les jours
- Quelques fois par semaine
- Rarement

Type d'activité physique : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Veuillez cocher la ou les case(s) qui s'appliquent à votre situation

Santé mentale

- Anxiété
- Dépression/burn out
- Maladie bipolaire
- Psychose(s)
- Trouble alimentaire
- Trouble de personnalité
- TDA/H
- Troubles du sommeil

Cardiovasculaire

- Angine/Infarctus
- Insuffisance cardiaque
- Arythmie
- Anévrisme, site : _____
- AVC ou ischémie cérébrale (ICT)
- Hypertension artérielle (HTA)
- Troubles du cholestérol
- Thrombophlébite

Pulmonaire

- Maladie pulmonaire chronique (MPOC)
- Asthme
- Embolie pulmonaire
- Apnée du sommeil
- Sclérose en plaques

Neurologique

- Tunnel carpien
- Épilepsie
- Parkinson
- Alzheimer/démence
- AVC

Hémato-Oncologique

- Cancer : _____
- Diabète type 1
- Diabète type 2
- Trouble de la thyroïde

Métabolique et endocrinien

Digestif

- Reflux gastrique
- Ulcère d'estomac
- Côlon irritable
- Diverticulite

Génito-urinaire/rénal

- Infections urinaires récurrentes
- Insuffisance rénale
- Troubles de fertilité
- Ménopause, âge : _____
- Problèmes prostate

- Maladie inflammatoire intestin
- Maladie du foie

Musculosquelettique

- Fibromyalgie
- Polyarthrite rhumatoïde
- Arthrose
- Douleur chronique au dos
- Goutte
- Ostéoporose

AUTRE : _____

ALLERGIES/MÉDICATION/IMMUNISATION

Allergies alimentaires

Médicaments d'ordonnance
(Veuillez apporter votre liste)

Allergies aux médicaments

Médicaments en vente libre
(ex. : Advil, tylenol, benadryl)

Allergies saisonnières

Produits naturels

Avez-vous reçu l'un ou plusieurs des vaccins suivants?

- ZONA
- Grippe/Influenza
- COVID
- Pneumocoque
- VPH
- Hépatites
- Calendrier vaccinal régulier enfance

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX/OBSTÉTRIQUES

Avez-vous déjà eu une chirurgie? Oui Non

Date(s) et type(s) : _____

Nombre de grossesse(s) à terme : _____

Nombre de fausse-couche(s) : _____

Nombre d'avortement(s) : _____

Antécédents familiaux pertinents

(*Famille directe : parents, frères/sœurs, enfants*)

DERNIERS BILANS/EXAMENS

PAP test (examen gynécologique) Date : _____

Prise de sang Date : _____

Dépistage ITSS Date : _____

Gastroscopie Date : _____

Coloscopie Date : _____

Commentaires :

