

QUESTIONNAIRE - pour rendez-vous de mini-urgence

Raison de consultation : _____

Début des symptômes : _____

Avez-vous déjà consulté pour la même raison? _____

État générale

	Oui	Non	
Fièvre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si oui, quand a-t-elle débuté?</i>
			<i>Était-elle à tous les jours?</i>
			<i>Quelle a été la valeur la plus élevée?</i>
Toux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Quel genre de toux (sèche, grasse)?</i>
Douleur aux oreilles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Laquelle (gauche, droite)?</i>
			<i>Depuis quand?</i>
			<i>Avez-vous constaté écoulement?</i>
Douleur à la gorge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Congestion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Faites-vous la toilette nasale?</i>
			<i>Si oui, de quelle manière et à quelle fréquence?</i>
Écoulement nasale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si oui, de quelle couleur sont les sécrétions?</i>
Modification du sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si oui, veuillez expliquer</i>
Moins d'appétit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boit moins ou boit plus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si oui, veuillez expliquer</i>
Vomissements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urine moins ou plus souvent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si oui, veuillez expliquer</i>
Modification des selles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si oui, veuillez expliquer</i>

Traitement débuté :

Avez-vous donné un médicament?

Tylenol _____

Advil _____

Autre (lequel?) _____

Si oui, à quelle heure la dernière dose? _____

Historique médicale :

Allergie à des médicaments? _____

Dernière prise d'antibiotique? _____

Prend-t'il-elle d'autres médicaments ? _____
