

Bienvenue au GMF Clinique médicale St-Étienne!  
Il me fait plaisir d'être votre nouveau médecin de famille.

Vous trouverez ci-joint un questionnaire médical, une liste de quelques informations pratiques concernant le fonctionnement de la clinique, ainsi qu'un feuillet d'information concernant "L'examen de santé annuel".

SVP veuillez remplir le questionnaire médical au meilleur de vos connaissances en prévision de notre premier rendez-vous.

**Questionnaire – Nouveau patient**  
**Dre Marie-Pascale Noël**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Femme  Homme  autre : \_\_\_\_\_

**Ancien médecin de famille** et nom de la clinique (si applicable) \_\_\_\_\_

Êtes-vous suivi par un/des **médecins spécialiste(s)**?  non  oui : nom(s) et spécialité(s) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Êtes-vous suivi par **d'autre(s) professionnel(s)**?  non  oui

Physiothérapeute

Psychologue

Nutritionniste

Ergothérapeute

Psychoéducateur

Naturopathe

Ostéopathe

Travailleur social

Autre : \_\_\_\_\_

Chiropraticien

Service du CLSC

**PROBLÈMES MÉDICAUX ACTUELS OU TRAITÉS**

Quels sont vos problèmes de santé?

Hypertension

Anxiété

Apnée du sommeil

AVC : année \_\_\_\_\_

Maladie auto-immune

Dépression

Cholestérol

Diabète

Hypothyroïdie/Trouble de thyroïde

Migraines : avec aura  / sans aura

Incontinence urinaire

Infarctus : année \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

Avez-vous déjà été **hospitalisé** ? non oui : pourquoi? En quelle année?

Avez-vous déjà subi une **chirurgie** : non oui : type(s) et année(s)

Avez-vous déjà souffert de problème de **santé mentale** (anxiété, dépression...)?  
non oui : type(s), traitement(s) et année(s)

**DÉPISTAGE**

**Avez-vous déjà eu ces examens? Si oui, veuillez indiquer la date approximative :**

Investigation		Précisions
Colonoscopie	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date :	
Recherche de sang dans les selles (Fittest, RSOSI)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date :	
Ostéodensitométrie (densité osseuse/ostéoporose)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date :	
Électrocardiogramme (ECG)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date :	
Échographie cardiaque	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date :	
Tapis roulant	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date :	
Spirométrie (test de fonction respiratoire)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date :	

**FEMMES**

Nombre de **grossesses** : \_\_\_\_\_

Nombre de fausses couches/avortements \_\_\_\_\_

Année des naissances : \_\_\_\_\_

Diabète de grossesse ? non oui

Date du dernier **test PAP** : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu un test PAP anormal ? non oui : quand? \_\_\_\_\_

Utilisez-vous un **moyen de contraception** ? non oui : \_\_\_\_\_

Année de **ménopause** (si applicable) : \_\_\_\_\_

Date dernière **mammographie** : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu une mammographie anormale ? non oui : quand? \_\_\_\_\_

## MÉDICATION ET AUTRES PRODUITS

**Médicament que vous prenez actuellement OU apportez une liste imprimée par votre pharmacien**

Nom	Dose	Nombre de prises

**Médication que vous avez prise dans le passé, mais que vous ne prenez plus; indiquez la raison de l'arrêt.**

Nom	Année d'utilisation	Raison de l'arrêt

**Suppléments ou produits naturels**

Nom	dose	Pourquoi?

## ALLERGIES/INTOLÉRANCES

Avez-vous des **allergies à des médicaments** ? non oui : nom et type de réaction : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous des **allergies alimentaires ou environnementales** ? non oui : noms et type de réaction : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous des **intolérances** ? non oui : noms et type de réaction : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTORIQUE FAMILIAL

**Les membres de votre famille ont-ils des problèmes de santé ?**

Antécédents familiaux		Membre de la famille et âge au diagnostic
Infarctus <b>avant</b> l'âge de 60ans	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
AVC <b>avant</b> l'âge de 60ans	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Diabète	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer du sein	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer colo-rectal	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer de la prostate	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Diabète	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Fracture de la hanche	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	

Autres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HABITUDES DE VIE**

Quelle est votre **occupation/emploi** : \_\_\_\_\_

**Statut** :  marié/en union      célibataire      veuf

Avez-vous des enfants? Non      Oui, combien : \_\_\_\_\_

**Habitation** :  maison      appartement      résidence de groupe      autre : \_\_\_\_\_

Avez-vous habitez-vous? seul      avec d'autres personnes : qui? \_\_\_\_\_

**Conduisez-vous une voiture:**  non       oui

**Fumez-vous?**

Non, je n'ai **jamais** fumé

Non, j'ai **cessé** de fumer. Depuis combien de temps avez-vous cessé de fumer? \_\_\_\_\_  
Combien de cigarettes par jour fumiez-vous? \_\_\_\_\_  
Pendant combien de temps avez-vous fumé? \_\_\_\_\_

Oui : Combien de cigarettes fumez-vous par jour? \_\_\_\_\_  
Depuis combien de temps fumez-vous? \_\_\_\_\_

Consommez-vous des **drogues** (incluant cannabis) : aucune      Oui , lesquelles? \_\_\_\_\_

Buvez-vous de l'**alcool**? Non      Oui : combien: \_\_\_\_\_/semaine

Êtes-vous **actif sexuellement**? Non  
Oui : Combien de partenaire(s) sexuelle(s) dans la dernière année? \_\_\_\_\_

**Activités physiques** pratiquées et fréquence : \_\_\_\_\_

Suivez-vous une **diète spéciale**? non      oui : laquelle \_\_\_\_\_

**IMMUNISATION/VACCINS**

Avez-vous reçu tous vos **vaccins d'enfance**?  Oui      Non      Je ne sais pas

Cochez les vaccins que vous avez reçus et indiquez l'année de la **dernière dose**

Vaccin		Nombre de dose
Covid	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date :	
Pneumocoque (pneumonie)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date :	
Zona	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date :	
Tétanos	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date :	
Autre :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui date :	

**AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Informations pratiques

GMF Clinique médicale St-Étienne  
3010-2 route Lagueux, Lévis, Québec, G6J 1T5  
418-831-9538  
www.gmfstetienne.ca

- Pour bien **vous préparer à chacun des rendez-vous** et planifier le temps passé ensemble, ayez préparé :
  - la « **liste** » de **tous les sujets** dont vous souhaitez discuter.  
À noter que la limite de temps nous permet souvent d'aborder qu'**un seul sujet principal** par rendez-vous, un autre rendez-vous pourrait être nécessaire pour aborder votre liste.
  - la **liste à jour** de vos **médicaments** (imprimée par le pharmacien)
  - le relevé de tension artérielle
  - le relevé de vos glycémies (si vous êtes diabétiques)

- Vous aurez toujours un suivi de **vos résultats d'examen**, soit via le portail-patient, un appel de ma part ou du personnel de la clinique, par lettre ou un rendez-vous de suivi.

- Pour **envoyer des documents** à la clinique, tel que le relevé de vos tentions artérielles ou de vos glycémies, utilisez l'adresse électronique :

gmfstetienne@outlook.com

- Pour toute **prise de rendez-vous**, régulier ou urgent, contactez-nous par téléphone ou dirigez-vous à l'une de ces adresses électroniques :

[www.gmfstetienne.ca](http://www.gmfstetienne.ca)

[www.rvsq.gouv.qc.ca](http://www.rvsq.gouv.qc.ca)

Si vous n'êtes pas certain d'avoir besoin de consulter un médecin, n'oubliez pas que votre **pharmacien**, un **physiothérapeute** ou le **811** peuvent vous aider!

Vous trouverez plusieurs informations sur notre site internet, tel que de la documentation sur des sujets médicaux variés.

- Nous fonctionnons en **accès adapté** : un rendez-vous à prendre seulement lorsque vous en avez besoin. Nous tenterons de faire le tour de votre état de santé à ce même moment. Fini l'examen annuel! Vous trouverez ci-joint un document d'information à cet effet.
- Des **frais** peuvent être exigés pour certains formulaires et pour les rendez-vous manqués.
- Pour toutes autres **questions**, vous pouvez contacter le secrétariat, qui pourra vous diriger au service approprié ou vous offrira un rendez-vous dans les meilleurs délais.

## L'examen de santé annuel : Quand est-il réellement nécessaire?



Comme bien des gens, vous prenez peut-être rendez-vous chez votre professionnel de la santé pour un examen de santé annuel. Cela comprend habituellement un historique de santé, un examen physique et des tests.

Il est important d'avoir un professionnel de la santé de famille qui s'assure que vous receviez les soins médicaux les mieux adaptés à vos besoins particuliers. Cependant, les personnes qui sont en bonne santé n'ont pas nécessairement besoin de subir un examen annuel. En effet, ces examens peuvent parfois faire plus de tort que de bien. Voici pourquoi :

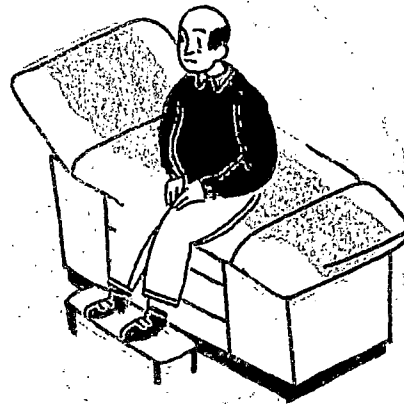
### **Les examens annuels ne contribuent pas à améliorer votre état de santé.**

Selon de nombreuses études qui ont porté sur les effets des examens annuels, en général, ces derniers n'aident pas les gens à rester en bonne santé ou à vivre plus longtemps et ils ne contribuent pas nécessairement à éviter les hospitalisations ou à prévenir un décès causé par un cancer ou une maladie cardiaque.

### **Les tests et les dépistages causent parfois des problèmes.**

La plupart des gens devraient subir des tests ou des examens seulement en présence de symptômes ou de facteurs de risque.

L'un des désavantages des examens de routine est le phénomène des résultats faussement positifs. Ces fausses alarmes peuvent causer de l'anxiété et amener le patient à subir des tests de vérification et des traitements inutiles. Par exemple, un résultat d'analyse de sang faussement positif peut mener à une biopsie. Un électrocardiogramme (ÉCG) mal interprété peut mener à d'autres examens qui vous exposeraient à des radiations. Autre exemple, les examens qui permettent de visualiser les artères



du cœur peuvent provoquer une crise cardiaque ou le décès chez deux patients sur cent qui y sont soumis.

### **Il est important de dresser un calendrier d'examen avec votre professionnel de la santé de famille.**

Votre médecin est la personne qui connaît le mieux vos antécédents médicaux. Vous pouvez lui parler du meilleur moment pour subir les examens ou les tests dont vous pourriez avoir besoin.

Si votre professionnel de la santé veut planifier un examen médical annuel, vous pouvez lui demander si cela est bien nécessaire ou si vous pouvez attendre qu'un problème survienne, ou bien que ce soit le moment prévu pour un test particulier (comme le test de Pap ou une vérification de la tension artérielle).

### **Quand les adultes ont-ils besoin d'un examen de santé?**

Vous pourriez avoir besoin d'un examen de santé :

- si vous êtes malade;
- si vous avez un symptôme qui pourrait être un

- signe de maladie;
- pour gérer des maladies chroniques ou persistantes;
- pour vérifier les effets secondaires d'un nouveau médicament;
- pour vous aider à gérer certains facteurs de risque, comme le tabagisme ou l'obésité;
- pour les soins prénataux, si vous êtes enceinte;
- pour les questions touchant le style de vie, par exemple, la planification familiale; pour d'autres raisons, selon vos besoins personnels.

Bien souvent, lorsqu'ils sont dans la vingtaine, les gens peuvent passer des années sans voir le professionnel de la santé sans pour autant mettre leur santé en péril. Toutefois, les personnes plus âgées qui présentent des facteurs de risques à l'égard de certaines maladies peuvent voir leur professionnel de la santé plus souvent. Il est préférable d'avoir un professionnel de la santé sur qui vous pouvez compter, que vous voyez régulièrement et qui a accès à vos dossiers médicaux.

### Quelle est la place des soins préventifs?

Les soins préventifs sont importants. Le fait d'avoir un professionnel de la santé attiré est utile à cet égard.

Tout le monde devrait recevoir les vaccins recommandés et subir les tests nécessaires au moment et à la fréquence qui sont conseillés par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

### Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

### Comment cette brochure d'information a-t-elle été créée?

Le contenu de cette brochure a été adapté d'un dépliant d'information semblable utilisé pour la campagne Choosing Wisely organisée aux États-Unis par la fondation de l'American Board of Internal Medicine (ABIM), avec la permission de son auteur. Des modifications ont été apportées pour le rendre plus pertinent pour le public canadien. Les réviseurs canadiens sont le Collège des médecins de famille du Canada.

Vous pouvez utiliser ce rapport lorsque vous rencontrerez votre professionnel de la santé. Il ne saurait toutefois se substituer à une consultation ou à un traitement médical. Vous utilisez ce rapport à vos risques.

### Quels sont les tests utiles?

Voici quelques recommandations qui concernent les adultes en bonne santé. Si vous présentez des facteurs de risque ou que vous souffrez d'une maladie chronique, il est possible que vous deviez subir différents tests, et ce, plus fréquemment.

Demandez à votre professionnel de la santé de vous indiquer quel calendrier vous convient. Voici les maladies qui devraient être dépistées chez bien des gens :

- Hypertension artérielle;
- Cancer du col de l'utérus;
- Hypercholestérolémie chez les hommes de plus de 40 ans et chez les femmes de plus de 50 ans qui ont un profil de risque faible;
- Diabète;
- Cancer du sein;
- Cancer du côlon;
- Ostéoporose (affaiblissement des os);
- Anévrisme de l'aorte abdominale (dilatation d'un vaisseau sanguin);

### HISTORIQUE FAMILIAL

Les **membres de votre famille** ont-ils des problèmes de santé ?

Antécédents familiaux		Membre de la famille et âge au diagnostic
Infarctus <b>avant</b> l'âge de 60ans	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
AVC <b>avant</b> l'âge de 60ans	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Diabète	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer du sein	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer colo-rectal	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer de la prostate	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Diabète	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Fracture de la hanche	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	

Autres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HISTORIQUE FAMILIAL

Les **membres de votre famille** ont-ils des problèmes de santé ?

Antécédents familiaux		Membre de la famille et âge au diagnostic
Infarctus <b>avant</b> l'âge de 60ans	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
AVC <b>avant</b> l'âge de 60ans	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Diabète	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer du sein	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer colo-rectal	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer de la prostate	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Diabète	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Fracture de la hanche	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	

Autres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HISTORIQUE FAMILIAL

Les **membres de votre famille** ont-ils des problèmes de santé ?

Antécédents familiaux		Membre de la famille et âge au diagnostic
Infarctus <b>avant</b> l'âge de 60ans	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
AVC <b>avant</b> l'âge de 60ans	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Diabète	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer du sein	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer colo-rectal	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer de la prostate	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Diabète	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Fracture de la hanche	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	

Autres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### HISTORIQUE FAMILIAL

Les **membres de votre famille** ont-ils des problèmes de santé ?

Antécédents familiaux		Membre de la famille et âge au diagnostic
Infarctus <b>avant</b> l'âge de 60ans	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
AVC <b>avant</b> l'âge de 60ans	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Diabète	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer du sein	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer colo-rectal	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer de la prostate	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Diabète	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Fracture de la hanche	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	

Autres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HISTORIQUE FAMILIAL

Les **membres de votre famille** ont-ils des problèmes de santé ?

Antécédents familiaux		Membre de la famille et âge au diagnostic
Infarctus <b>avant</b> l'âge de 60ans	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
AVC <b>avant</b> l'âge de 60ans	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Diabète	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer du sein	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer colo-rectal	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer de la prostate	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Diabète	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Fracture de la hanche	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	

Autres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HISTORIQUE FAMILIAL

Les **membres de votre famille** ont-ils des problèmes de santé ?

Antécédents familiaux		Membre de la famille et âge au diagnostic
Infarctus <b>avant</b> l'âge de 60ans	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
AVC <b>avant</b> l'âge de 60ans	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Diabète	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer du sein	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer colo-rectal	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Cancer de la prostate	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Diabète	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Fracture de la hanche	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	

Autres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_