

QUESTIONNAIRE MEDICAL

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable pour adapter notre conduite thérapeutique, aussi nous vous remercions de bien vouloir remplir ce document avec précision. Ce questionnaire est strictement confidentiel.

Nom et prénom du patient :

Date de naissance : Sexe : F M

Nom et prénom des responsables légaux du patient :

Date approximative de la dernière visite médicale :

Nom du médecin traitant :

Le patient présente-t-il ou a-t-il présenté un(e) ou des (si oui cochez et précisez)

• Pathologie chronique ou affection de longue durée

• Maladie héréditaire

• Troubles de la croissance

Poids : Taille :

Date des premières règles :

• Troubles posturaux

• Troubles ostéo-articulaires

• Rhumatisme articulaire aigu

• Troubles neurologiques

• Epilepsie

• Pathologie cardiaque

• Pathologie rénale

• Troubles de la coagulation

• Troubles hormonaux

• Troubles alimentaires

• Diabète

• Maladie virale

• Pathologie pulmonaire

• Asthme

