CDG10

Nom/Prénom _____
Nom de jeune fille : _____
Date de Naissance _____/_____/_____
Adresse _____
Courriel : _____
Tél : _____
Médecin Généraliste : _____
Date : _____/_____/_____

ANTECEDENTS PERSONNELS			1 ère visite uniquement
DANS LE PASSE AVEZ–VOUS ?	OUI	NON	
Avez-vous des enfants? Année de naissance			
Eu un accident sérieux ? une hospitalisation ? pourquoi ?			
Eté opéré ? eu des césariennes ?			
Eu une maladie importante ?			
Eu une tumeur? un cancer? des rayons ? du laser?			
Eu des problèmes cardiaques ou de la tension ?			
Avez-vous du diabète ?			
Eu des problèmes respiratoires ou de l'asthme ?			
Eu des allergies ? à quoi ?			
Souffert de lumbagos /sciatiques ? douleurs ostéo-articulaires ?			
Eu des crises d'épilepsie ou des convulsions ?			
Eu des troubles importants du sommeil ?			
Eté dépressif ? avez-vous ou êtes-vous traité ? avez-vous fait une tentative de suicide ?			
Avez-vous souffert d'une affection psychologique ou psychiatrique ?			
Eu des problèmes avec l'alcool ?			
Prenez-vous des médicaments ? Lesquels ?			
Eté déclaré inapte d'un emploi précédent ? pourquoi ?			
ANTECEDENTS FAMILIAUX : avez-vous connaissance de maladies dans votre famille ? Grands-parents/parents/frères et sœurs/enfants ?			
Maladie héréditaire ou génétique ?			
Cancer ? qui ?			
Mort subite ? crise cardiaque ?infarctus ? AVC ?			
Hypertension artérielle ?			
Varices ? phlébite ?embolies pulmonaires ?			
Diabète ?			
Allergies, asthme ?			
Dépressions autres troubles psychiques importants ?			
Autre problème de santé ?	OUI	Non	

DEPUIS CETTE ANNEE :

Antécédents récents	OUI	NON	Précisions sur les réponses
Eu un accident ou un accident en service ?			
Eu un changement dans votre vie familiale ?			
Eu un changement dans votre vie professionnelle ?			
Modifié vos activités sportives ou physiques ?			
Eté hospitalisé ? pourquoi ?			
Consulté un médecin généraliste ou spécialiste ?pourquoi ?			
Eté en arrêt de travail ? pourquoi ?			
Eu des troubles du sommeil ?			
Eu des malaises ou vertiges ?			
Eu des palpitations ? des douleurs thoraciques ou cardiaques ?			
Avez-vous eu des maux de têtes fréquents ou intenses ?			
Fumez-vous ? combien ?			
Consommez-vous du cannabis ou une autre substance illicite?			
A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ? - 1X par mois - 1X par semaine - Entre 2 et 4 fois par semaine - Plus de 4X par semaine			
Vous a-t-on fait des remarques à ce sujet ?			
Prenez-vous des médicaments ? lesquels ?			
Etes-vous limité dans votre travail du fait de votre état de santé physique ou psychique ?			