

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ – CLINIQUE MÉDICALE DELISLE

À envoyer par email → [cliniquemedicale4696@hotmail.ca](mailto:cliniquemedicale4696@hotmail.ca) / Ou apporter lors de votre rendez-vous

PHARMACIE COMMUNAUTAIRE : \_\_\_\_\_

SUIVI PAR UN ou DES SPÉCIALISTE(S) : \_\_\_\_\_

ÊTES VOUS : CÉLIBATAIRE  MARIÉ(E)  CONJOINT DE FAIT  DIVORCÉ(E)  VEUF

QUELLE EST VOTRE OCCUPATION ACTUELLE : \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS UN OU DES ENFANT(S) ?

Sexe	Année de naissance

AVEZ-VOUS UNE OU DES ALLERGIE(S) ?

AUCUNE  MÉDICAMENT  ALIMENTAIRE  ENVIRONNEMENT  INTOLÉRANCE

Type	Réactions

PRÉCISIONS →

### HABITUDES DE VIE

CONSOMMATION ALCOOL : NON  OUI

Nombre de consommation par semaine : \_\_\_\_ (1conso = 1 verre vin = 1 bière340ml = 1oz de fort)

CONSOMMATION TABAGIQUE : NON  OUI  VAPOTEUSE  ANCIEN FUMEUR

Nombre cigarette par jour : \_\_\_\_ Depuis combien année : \_\_\_\_

Année de l'arrêt tabagique : \_\_\_\_

CONSOMMATION DROGUE : NON  OUI  → Type : \_\_\_\_\_ / Fréquence : \_\_\_\_\_

CONSOMMATION CAFÉINE : NON  OUI  → Nombre par jour : \_\_\_\_

CONSOMMATION BOISSON ÉNERGISANTE : NON  OUI  → Nombre par jour : \_\_\_\_

PRATIQUEZ-VOUS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE : NON  OUI  → Type : \_\_\_\_\_ / Fréquence : \_\_\_\_\_

CONDUISEZ-VOUS VOTRE VÉHICULE : NON  OUI

VACCINATION DE L'ENFANCE À JOUR : NON  OUI

Covid  Pneumocoque  Influenza  Zona  Tétanos  Gardasil

### MÉDICATIONS

PRESCRITE(S) : NON  OUI  → Apportez votre liste de médicaments

EN VENTE LIBRE : NON  OUI

PRODUIT(S) NATUREL(S) : NON  OUI

## ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

CHIRURGIE : NON  OUI  → Précisez : \_\_\_\_\_

CANCER ACTIF OU PASSÉ : NON  OUI  → Précisez : \_\_\_\_\_

PROBLÈMES CARDIAQUES : NON  OUI  → Précisez : \_\_\_\_\_

(Malformation cardiaque / Souffle cardiaque / Angine / Infarctus / Palpitations / Insuffisance Cardiaque / HTA / Stimulateur cardiaque / Cholestérol / Phlébite)

PROBLÈMES RESPIRATOIRES : NON  OUI  → Précisez : \_\_\_\_\_

(Asthme / MPOC / Emphysème / Apnée du sommeil / Embolie pulmonaire)

PROBLÈMES NEUROLOGIQUES : NON  OUI  → Précisez : \_\_\_\_\_

(Paralysie / Épilepsie / ACV / ICT / Sclérose en plaques)

PROBLÈMES MUSCULOSQUELETTIQUES : NON  OUI  → Précisez : \_\_\_\_\_

(Polyarthrite / Arthrose / Fracture / Ostéoporose / Hernie discale)

PROBLÈMES ENDOCRINIENS : NON  OUI  → Précisez : \_\_\_\_\_

(Hypothyroïdie / Hyperthyroïdie / Diabète)

PROBLÈMES DIGESTIFS : NON  OUI  → Précisez : \_\_\_\_\_

(Reflux / Ulcère / Hémorragie digestive / Constipation / Maladie inflammatoire intestin)

COLONOSCOPIE DANS LE PASSÉ : NON  OUI  → Date : \_\_\_\_\_ / Lieu : \_\_\_\_\_

PROBLÈMES URINAIRES : NON  OUI  → Précisez : \_\_\_\_\_

(Infections / Pierres / Insuffisance rénale / Malformation / Hypertrophie bénigne prostate)

PROBLÈMES GYNÉCOLOGIQUES : NON  OUI  → Précisez : \_\_\_\_\_

DERNIÈRE CYTOLOGIE : \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

MÈRE : EN VIE  DÉCÉDÉE  → Précisez l'âge du décès \_\_\_\_\_

Est-elle connue pour une problématique cardiaque : NON  OUI  → À quel âge le diagnostic \_\_\_\_\_

Est-elle connue pour des problèmes de santé : \_\_\_\_\_

(Cancer / Diabète / Maladie pulmonaire / Hypertension / Cholestérol / Alzheimer / Parkinson / Dépression / Anxiété)

PÈRE : EN VIE  DÉCÉDÉ  → Précisez l'âge du décès \_\_\_\_\_

Est-il connu pour une problématique cardiaque : NON  OUI  → À quel âge le diagnostic \_\_\_\_\_

Est-il connu pour des problèmes de santé : \_\_\_\_\_

(Cancer / Diabète / Maladie pulmonaire / Hypertension / Cholestérol / Alzheimer / Parkinson / Dépression / Anxiété)

FRATRIE : Nombre de frère \_\_\_\_\_ Nombre de sœur \_\_\_\_\_

Sont-ils connus pour des problèmes de santé ? NON  OUI

Précisez : \_\_\_\_\_

## DANS VOTRE FAMILLE (Oncle, tante, cousins, cousines, etc) Y-A-T'IL :

CANCER DU COLON : NON  OUI

CANCER DE LA PROSTATE : NON  OUI

CANCER DE L'UTÉRUS / DU COL DE L'UTÉRUS : NON  OUI

CANCER DU SEIN : NON  OUI

SUICIDE / TOXICOMANIE / MALADIE AFFECTIVE BIPOLAIRE / SCHIZOPRÉNIE : NON  OUI