

Nom:	Prénom:	Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse:	Ville:	Code Postal:
Téléphone:	Cellulaire :	Tél. Travail:
Date de naissance:	No assurance maladie:	Date exp:
Référé(e) par:	Raison du rendez-vous :	
Adresse courriel :		

### Antécédents médicaux

	Oui	Non	Raison, détails et date
1. Êtes-vous suivi par un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Allaitiez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spécifiez _____
8. Prenez-vous des médicaments <input type="checkbox"/> des anovulants <input type="checkbox"/> ou hormones <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### Veillez indiquer tous les médicaments (incluant anovulants et hormones) pris en ce moment ou au cours des 6 derniers mois

Médicament et raison	Médicament et raison

### Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :

	Oui	Non		Oui	Non
Problèmes sanguins			Douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(hémophilie, anémie, saignements prolongés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conditions cardiaques			Troubles ou maladies du système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus, angine, chirurgie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles ou maladies psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection du cœur (endocardite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle (pression) haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhume des foins/allergies saisonnières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies ou manifestation à ces produits :		
Douleur à l'articulation de la mâchoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles ou maladies du système digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____			Clindamycine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles d'estomac ulcère <input type="checkbox"/> reflux <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres antibiotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres conditions médicales à mentionner: _____		
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Autres aspects</b>	Oui	Non
Cancer (tumeur) Précisez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronflez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffrez-vous d'apnée du sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumez-vous? ____ cig./jour ou ex-fumeur <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous porteur du virus du SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommez-vous de l'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence : ____ verres <input type="checkbox"/> /jour <input type="checkbox"/> /sem. <input type="checkbox"/> /mois		
Précisez _____			Consommez-vous des drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous de la méthadone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Prévention/traitement (ex : comprimés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Injection annuelle ou mensuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Réservé au docteur pour notes particulières

QMR

Signature du patient (parent ou tuteur si le patient a moins de 14 ans)

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
          Jour    Mois    Année