



Questionnaire Médical

Nom Prénom :

Date :

Date de naissance :

Métier :

Taille : Poids :

Médecin traitant :

	Non	Oui	Si oui précisez
Etes vous sujet à des pathologies cardiovasculaire ? - Hypertension - Embolie pulmonaire - Infarctus - Angor - Insuffisances cardiaque - Affection valvulaire - Endocardite infectieuse - Stent - Malformations - Rhumatismes articulaire - AVC aigue - Phlébite - Autre			
Etes vous diabétique ? - Type I - Type II			HbA1c :
Présentez vous une maladie respiratoire ?			
Présentez vous une maladie hépatique ou rénale ?			
Présentez vous une maladie infectieuse ? - Hépatite B - HIV positive - Hépatite C - Herpes - Candidose			
Présentez vous une maladie digestive, nerveuse, endocrinienne, du sang, des yeux ou de la peau ?			
Etes-vous sujet à des remontées gastriques ?			
Avez-vous eu un diagnostique d'ostéoporose ?			
Avez vous subi des opérations chirurgicales ?			
Une intervention chirurgicale est-elle prévue prochainement ?			
Avez-vous été hospitalisé ces 5 dernières années ?			
Souffrez-vous d'un handicap particulier ?			
Avez vous des antécédents de cancers ? - Radiothérapie - Chimiothérapie			
Etes vous fumeur ? - Cigarettes - Cigare - Drogues - Vapote - Pipe			Combien par jour depuis combien d'années

