

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Profession :

- Etes-vous allergique à certains médicaments ?  OUI  NON  
Si oui lesquels ?
- Prenez-vous régulièrement des médicaments ?  OUI  NON  
Si oui lesquels ?
- Fumez-vous ou avez-vous fumé ?  OUI  NON  
Combien de cigarettes par jour ? Depuis combien de temps fumez-vous ?
- Avez-vous des problèmes cardiaques ?  OUI  NON  
 Hypertension artérielle  Souffle  Angine poitrine  
 Infarctus  Maladie des valves  Autres ?
- Avez-vous des problèmes gastro-intestinaux ou hépatiques ?  OUI  NON  
 Gastrite  Ulcère  Colite  
 Jaunisse  Hépatite  Autres ?
- Avez-vous des problèmes neurologiques ?  OUI  NON  
 Etat dépressif  Convulsions  
 Perte de mémoire  Troubles de la marche
- Avez-vous des problèmes sanguins ?  OUI  NON  
 Anémie  Hématomes  Saignements fréquents
- Etes-vous diabétique ?  OUI  NON  
Depuis quand ? Votre diabète est-il équilibré ?
- Avez-vous déjà été opéré. Si oui quand et pourquoi ?  OUI  NON  
Merci de préciser l'année, le côté, la technique
- Avez-vous fait pipi au lit dans votre enfance (après 7 ans) ?  OUI  NON
- Dans votre famille, existe-t-il une notion de cancer de la prostate, du sein ou du rein ?  OUI  NON

**Les questions suivantes s'adressent aux femmes :**

- Avez-vous été enceinte ?  OUI  NON  
Si oui, combien de fois ?
- Etes-vous ménopausée ?  OUI  NON  
Si oui, prenez-vous ou avez-vous pris un traitement hormonal  OUI  NON

**Ce questionnaire est couvert par le secret professionnel.**

Pour toute question relative à la protection de vos données, nous vous invitons à consulter la notice d'informations affichée en salle d'attente.