

Patient ;

Prénom : Nom :

1. Suivez-vous actuellement un traitement médical ?
2. Prenez-vous des médicaments ?
3. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie ?
4. Cochez les maladies suivantes dont vous souffrez.

Maladies cardiaques

Problème de tension artérielle

Rhumatisme ardent

Goitre (comprimés thyroïdiens)

Allergie (médicament, nourriture, etc.)

Jaunisse

troubles hépatiques rénaux

Sinusite

Diabète

épilepsie (épilepsie)

rhumatisme articulaire

maladies du sang

maladie vénérienne (peau)

asthme, rhume des foins

Maladies pulmonaires

diagnostic de cancer

Maladies infectieuses (VIH, sida, etc.) □

1. Avez-vous reçu une radiothérapie à la tête et au cou ?
2. Avez-vous reçu une chimiothérapie ?
3. Est-ce que les saignements après une intervention chirurgicale ou une blessure surviennent pendant une longue période ?
4. Avez-vous d'autres problèmes de santé ?
5. Êtes-vous suivi(e) régulièrement par un médecin traitant ?
6. Chez les femmes, l'état de grossesse :

Je certifie sur l’honneur que les renseignements donnés sont exacts
Prénom, nom :

Date

signature :



