

Cabinet Charcot 28 quai du val 35400 Saint Malo

## FICHE EXAMEN MEDICAL DES NOUVEAUX PATIENTS

Nom : Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Téléphone : Situation familiale :  
Profession :

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure, si oui laquelle ?

Êtes-vous en ALD, si oui pour quelle(s) pathologies(s) ?

Avez-vous des allergies, si oui lesquelles ? Par quoi se manifeste cette allergie ?

Êtes-vous à jour de vos vaccinations, si oui de quand date la dernière injection ?

Tétanos-Polio : Hépatite : Autre :

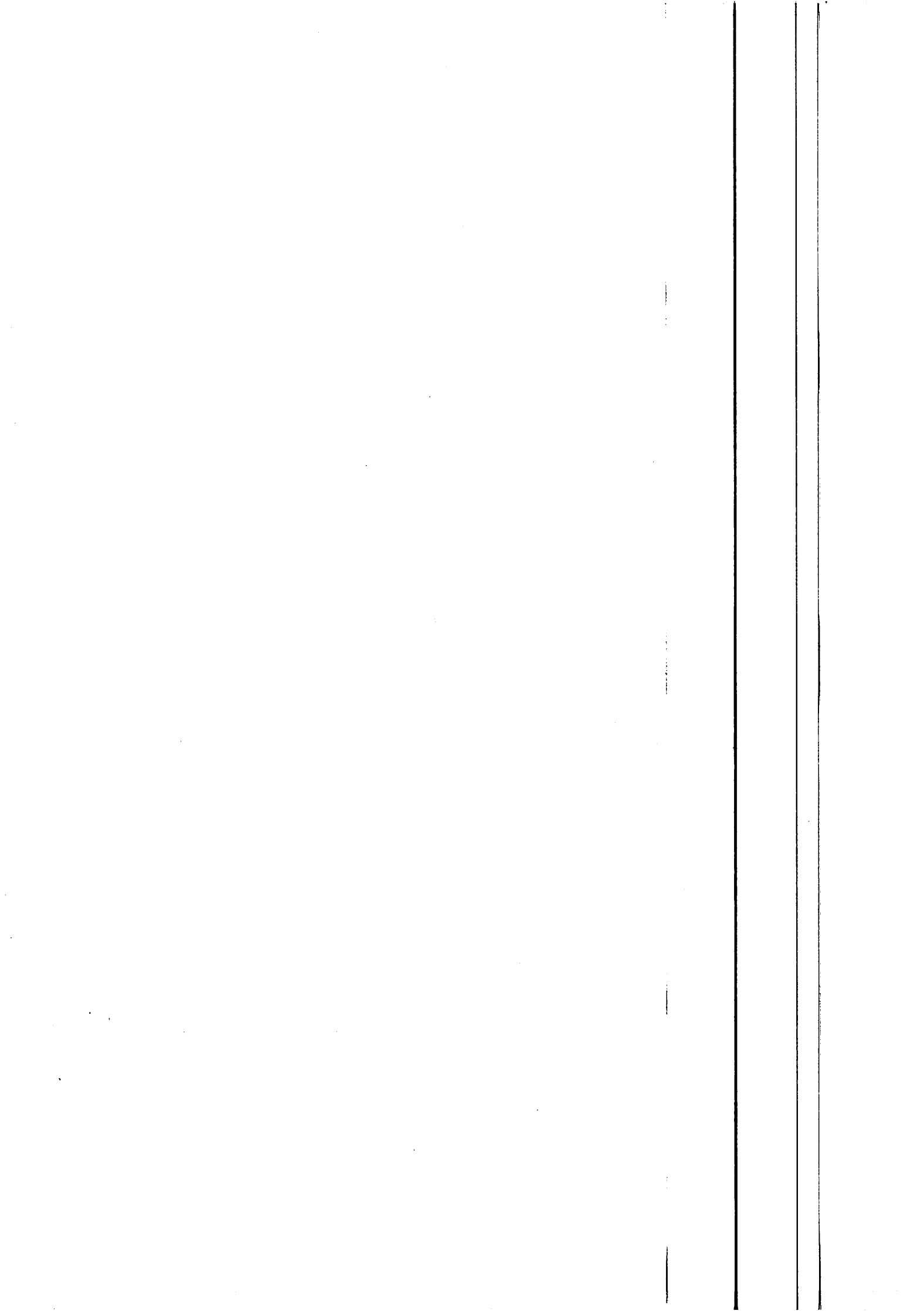
Avez-vous déjà hospitalisé pour :

Un problème cardiaque	Oui	Non
Un traumatisme crânien	Oui	Non
Une perte de connaissance	Oui	Non
Épilepsie	Oui	Non
Crise de tétanie, spasmophilie, crise d'angoisse	Oui	Non

Voyez-vous votre ancien médecin régulièrement, si oui à quelle fréquence et pourquoi ?

Prenez vous souvent des antibiotiques ? Si oui, pourquoi ?

Avez-vous déjà été opéré, si oui pourquoi et à quelle date ?



Prenez vous des médicaments tous les jours, si oui lesquels ? (Nom, dose et combien de fois par jour) *Joindre l'ordonnance si possible*

Fumez-vous ?

Si oui, combien de cigarettes par jour et depuis quand ?

Consommez-vous de l'alcool et/ou stupéfiants ?

Oui Non

Avez-vous connaissance de maladies qui pourraient être héréditaires dans votre famille ?

Pathologie cardiaque ou vasculaire      Oui Non

Mort subite      Oui Non

Pathologie cancéreuse      Oui Non

Autre :

Avez-vous déjà eu un électrocardiogramme ?

Oui Non

A quand remonte votre dernier bilan sang ? *Le joindre si possible*

Avez-vous des problèmes de coagulation ou de caillot sanguin ?

Oui Non

Avez-vous des maladies ORL à répétition (angines, sinusites, otites) ?

Oui Non

Avez-vous des maladies respiratoires (bronchite, pneumopathie, asthme) ?

Oui Non

Avez-vous déjà eu une anomalie radiologique ?      Oui Non

Si oui, laquelle ?

Avez-vous :

Une maladie cardiaque ou des vaisseaux      Oui Non

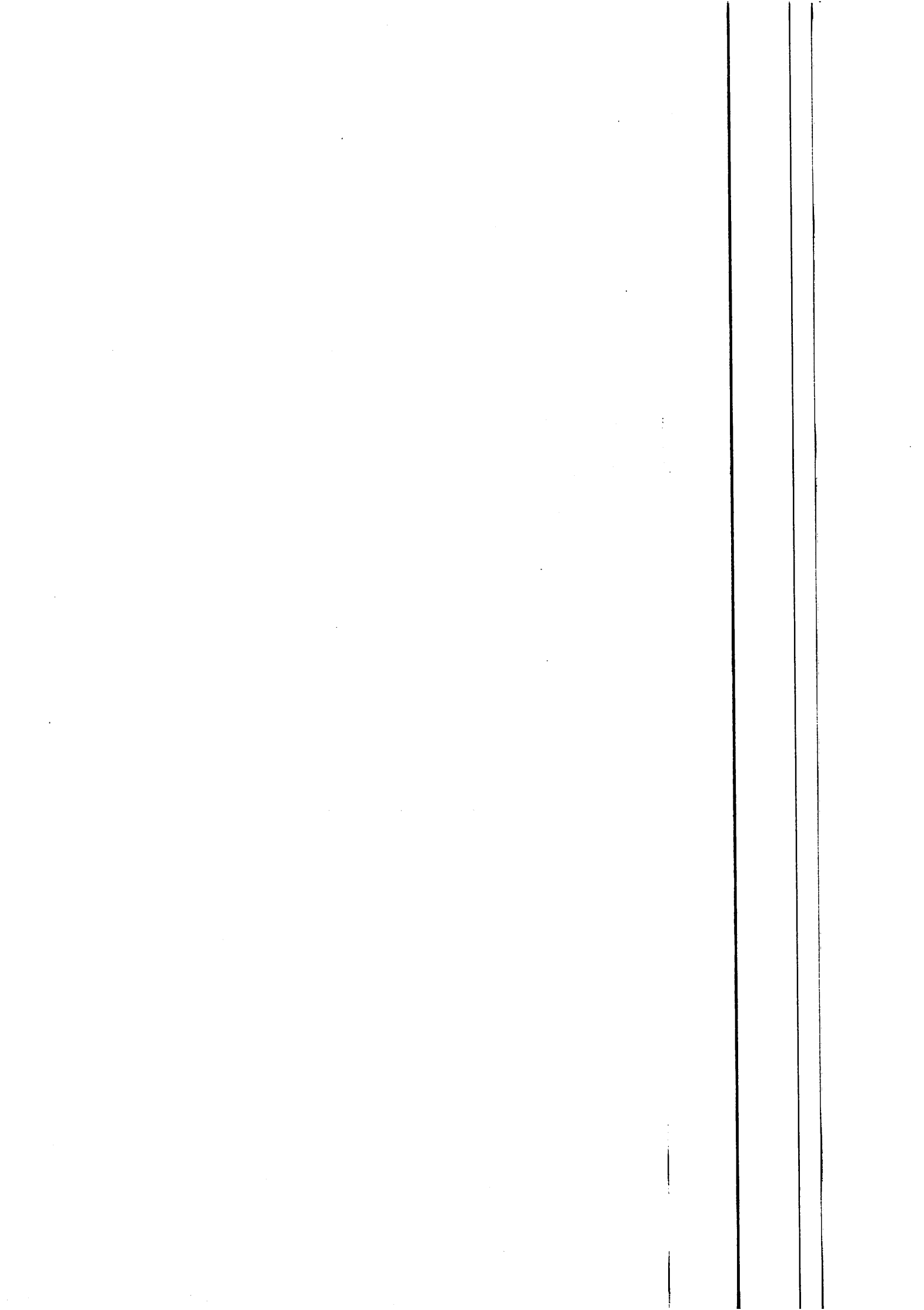
De l'hypertension artérielle      Oui Non

Du diabète      Oui Non

Du cholestérol      Oui Non

Avez-vous déjà eu des problèmes de thyroïde ?

Oui Non



Avez-vous des problèmes de colonne vertébrale ? D'articulations ?      Oui    Non

Avez-vous déjà fait des migraines ?      Oui    Non

Avez-vous des problèmes de peau ?      Oui    Non

Avez-vous des problèmes digestifs ?      Oui    Non

Faites-vous des infections urinaires à répétition ?      Oui    Non

Avez-vous eu une sérologie HIV ?      Oui    Non

Si vous avez entre 50 et 74 ans, avez-vous fait la recherche de sang dans les selles ?  
Oui    Non

Avez-vous une personne de confiance (qui peut vous accompagner lors des consultations et avoir des informations sur votre santé et parcours médical) et qui peut prendre le relai en cas de besoin ?

Nom :

Prénom :

Lien :

Adresse et numéro de téléphone :

## Renseignements complémentaires concernant les femmes :

A quel âge avez-vous été réglée ?

Avez-vous un cycle régulier ?      Oui    Non

Combien de grossesses avez-vous eu ?

Prenez vous un traitement hormonal ou une contraception ?

*Si oui, laquelle ?*

Avez-vous déjà réalisé une mammographie ?      Oui    Non

Avez-vous déjà fait un frottis cervico vaginal ?      Oui    Non

Date :

Signature du patient :

