



Questionnaire de santé

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Courriel :

En activité Prof

Sans activité Prof

Retraité

Taille : Poids : Age :

ANTECEDENT MEDICAUX

Antécédent cardiaque OUI NON

Diabète OUI NON

Type 1 type2 Equilibré OUI NON Glycémie :

Cholestérol OUI NON

Cancer OUI NON Si oui :

Autres Maladie ? OUI NON précisez :

.....

Antécédents familiaux :

.....

Maladies infantiles contractées :

.....

Antécédents médicaux :

.....

Antécédents chirurgicaux :

.....

Allergies :

.....

Intolérances médicamenteuses :

.....

Traitements réguliers :
.....
.....

Vaccins : date :
.....
.....

ÊTES VOUS OU AVEZ-VOUS ÉTÉ VICTIME DES AFFECTIONS SUIVANTES :

- Asthme problème respiratoire
- Brûlures
- Accidents graves
- Toux chronique
- Problème de peau
- Maux de tête fréquents précisez :
- Anxiété
- Dépression
- Perte de poids inexplicquée précisez : année :
- Maux de ventre fréquents précisez :
- Prise de poids précisez : année :
- Problème digestif
- Problème de vessie
- Problème des os ou des articulations précisez : année :
- Problème auditif
- Problème dentaire précisez :
- Problème ophtalmique précisez :
- Saignements de nez fréquents précisez :
- Autres précisez :
- Aucun

Complémentaire pour les femmes

À quel âge avez-vous été réglée ?

Avez-vous des cycles réguliers ? (28 jours) OUI NON

Absence de règle OUI NON

Ménopause OUI NON

Utilisez-vous un moyen de contraception ?

Pilule Stérilet Préservatif Autre :

Nombre de grossesses ? Nbr fille : Nbr garçon : Adoption

grossesse gémellaire

Avez- vous eu des problèmes gynécologiques ?

OUI NON Précisez :

HABITUDES

Fumez-vous ? OUI NON

Nombre de cigarettes/jour ?

Depuis combien de temps ?

Suivez-vous un régime alimentaire ? OUI NON

Prenez-vous des vitamines ou et des compléments alimentaires ? OUI NON

Hydratation quotidienne : précisez-la quantité /jour ?

Chaud Froid avec glaçons température ambiante

Pratiquez -vous une activité ?

Loisir précisez :

Sportive précisez :

Relaxation précisez :