



# Questionnaire médical

Administré par le médecin

Numéro Constances

Numéro médecin

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

/   / 2 0 A A  
 jour mois année

Sexe du consultant ?

<sub>1</sub> Masculin      <sub>2</sub> Féminin

Date de naissance du consultant ?

/   / 1 9 A A  
 jour mois année

Bouchon de cérumen oreille droite <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non      Si oui, occlusif <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

Bouchon de cérumen oreille gauche <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non      Si oui, occlusif <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS

Le consultant a-t-il apporté son carnet de santé ?

<sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non

➔ Si oui, poids de naissance inscrit sur le carnet de santé :

g

**■ Pour chaque réponse positive aux questions ci-dessous mettre l'âge au diagnostic (ou au premier épisode)**

### 1. Affections cardio-vasculaires :

Age au diagnostic

Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="text"/>	ans
Angine de poitrine	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="text"/>	ans
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="text"/>	ans
Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="text"/>	ans
Artérite des membres inférieurs	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="text"/>	ans

Autre(s) affection(s) cardio-vasculaire(s), précisez :

a/  ans

b/  ans

### 2. Affections respiratoires :

Age au diagnostic

Bronchite chronique	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="text"/>	ans
Emphysème	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="text"/>	ans
Asthme	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Oui	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Non	<input type="text"/>	ans

Autre(s) affection(s) respiratoires, précisez :

a/  ans

b/  ans



3. Affections digestives :

Age au diagnostic

- Hépatite B <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans
- Hépatite C <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans
- Autres hépatites <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans

Autre(s) affection(s) digestive(s), précisez :

- a/  ans
- b/  ans

4. Affections urogénitales :

Age au diagnostic

- Condylomes ou HPV <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans
- Autre(s) affection(s) urogénitale(s), précisez :

- a/  ans
- b/  ans

5. Affections rénales :

Age au diagnostic

- Maladie rénale chronique \* <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans
- Autre(s) affection(s) rénale(s), précisez :

- a/  ans
- b/  ans

6. Affections nerveuses et psychiques :

Age au diagnostic

- Dépression traitée <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans
- Tentative de suicide <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans
- Maladie de Parkinson <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans

Autre(s) affection(s) nerveuse(es) et psychique(s), précisez :

- a/  ans
- b/  ans

7. Affections ostéo-articulaires :

Age au diagnostic

- Arthrite inflammatoire <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans
- Autre(s) affection(s) ostéo-articulaire(s), précisez :

- a/  ans
- b/  ans

\* Protéinurie ou hématurie ou baisse de la fonction rénale (débit de filtration glomérulaire estimé par équation de Cockcroft-Gault ou autre <60 ml/min) connue et persistant > 3 mois ou maladie rénale chronique diagnostiquée par biopsie ou échographie rénale et confirmée par un néphrologue. Ne pas inclure les calculs rénaux, les infections et autres affections rénales aiguës, ou l'incontinence urinaire.



8. Fractures:

Age au moment de la fracture

- Fracture du poignet <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans
- Fracture de l'humérus (épaule) <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans
- Fracture du col du fémur <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans
- Fracture vertébrale (fracture-tassement) <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans

9. Affections endocriniennes :

Age au diagnostic

- Pathologie thyroïdienne <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans
- Diabète de type I <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans
- Diabète de type II <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans
- Hypercholestérolémie traitée <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans
- Hypertriglycéridémie traitée <sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non  ans

Autre(s) affection(s) endocrinienne(s), précisez :

- a/  ans
- b/  ans

10. Cancer:

<sub>1</sub> Oui <sub>2</sub> Non

Si oui

Age au diagnostic

- <sub>1</sub> Sein  ans
- <sub>1</sub> Utérus Col  ans
- <sub>1</sub> Utérus Corps  ans
- <sub>1</sub> Ovaire  ans
- <sub>1</sub> Thyroïde  ans
- <sub>1</sub> Broncho-pulmonaire  ans
- <sub>1</sub> Prostate  ans
- <sub>1</sub> Colon/rectum  ans

<sub>1</sub> Autre(s) cancer(s), précisez

Age au diagnostic

- a/  ans
- b/  ans

11. Autre(s) affection(s), précisez :

Age au diagnostic

- a/  ans
- b/  ans



# ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX FAMILIAUX

Cochez les cases correspondantes et si nécessaire remplissez l'âge au diagnostic **même approximatif** :

	Père	Mère
<b>Cancer</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Précisez la localisation :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
Précisez la localisation :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
<b>Infarctus</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
<b>Angine de poitrine</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
<b>Hypertension artérielle</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
<b>Mort subite</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
<b>AVC</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
<b>Maladie d'Alzheimer</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
<b>Maladie psychiatrique grave</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Précisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
<b>Suicide</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
<b>Diabète de type II (DNID)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
<b>Dialyse ou greffe rénale</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
<b>Asthme</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans