

## Questionnaire anamnestique

1. nom, prénom \_\_\_\_\_ date de naissance \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ tel./portable \_\_\_\_\_

adresse, ville, code postale \_\_\_\_\_

marié (depuis \_\_\_\_\_)                      séparé ou divorcé (depuis \_\_\_\_\_)

profession \_\_\_\_\_

2. Décrivez vos problèmes actuels :

3. Êtes-vous atteint d'autres maladies chroniques ?

4. Quelles opérations avez-vous eues ?

5. Quelle est actuellement la liste de vos médicaments ?

6. Avez-vous des allergies ?

médicaments \_\_\_\_\_ nourriture \_\_\_\_\_

pollen \_\_\_\_\_ autres \_\_\_\_\_

7. Êtes-vous susceptible de souffrir de                      constipation                      diarrhée                      insomnie ?

8. poids actuel \_\_\_\_\_ taille \_\_\_\_\_

9. Est-ce que vous fumez ? \_\_\_\_\_

10. Combien d'alcool consommez-vous ? \_\_\_\_\_

11. Quels vaccins avez-vous reçus ? \_\_\_\_\_

12. Est-ce qu'il y a des cas dans votre famille de maladie héréditaire, tumoral ou métabolique ?