

FORMULAIRE SANTÉ POUR L'ÉVALUATION INITIALE

IDENTIFICATION DU CLIENT

Prénom : _____ Nom : _____

Sexe : M F Pays de naissance : _____

RAMQ : _____ Date de naissance : _____ Âge : _____

Prénom et nom du père : _____

Prénom et nom de la mère : _____

Coordonnées

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Tél résidence : _____ Tél autre : _____

Adresse courriel : _____

Motif de consultation : _____

Où avez-vous entendu parler de nous? : _____

CONDITION MÉDICALE

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'une condition médicale particulière?

Oui Si oui, cochez ce qui s'applique.

Non

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anémie falciforme | <input type="checkbox"/> Hépatite A, B et/ou C | <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques et/ou respiratoires chroniques |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde | <input type="checkbox"/> Maladie du Thymus | <input type="checkbox"/> Rétinopathie |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Maladie hépatique | <input type="checkbox"/> Splénectomie |
| <input type="checkbox"/> Clostridium difficile | <input type="checkbox"/> Myasthénie | <input type="checkbox"/> Syndrome de Guillain Barré |
| <input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse | <input type="checkbox"/> Mal de mer, des transports, de débarquement | <input type="checkbox"/> Urticaire |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Obstruction intestinale | |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | | |
| <input type="checkbox"/> Greffe d'organe ou moelle | | |

MÉDICATION ACTUELLE

Prenez-vous des médicaments ou des suppléments actuellement?

Oui Si oui, cochez ce qui s'applique.

Non

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anticoagulants | <input type="checkbox"/> Prise IPP: inhibiteurs de la pompe à protons | <input type="checkbox"/> Quinine, quinidine ou médicaments pour le coeur |
| <input type="checkbox"/> Auto-injecteur d'épinéphrine | <input type="checkbox"/> Contraceptifs oraux | <input type="checkbox"/> Produits naturels : _____ |
| <input type="checkbox"/> Médication pour contrôler votre humeur | <input type="checkbox"/> Corticostéroïdes | <input type="checkbox"/> Vitamines/suppléments : _____ |
| <input type="checkbox"/> Méthotrexate | <input type="checkbox"/> Insuline/anti-diabétiques oraux | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | | |



ALLERGIE

Souffrez-vous d'allergie(s)?

- Oui Si oui, cochez ce qui s'applique.
 Non

-
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aluminium | <input type="checkbox"/> Mercure ou thimérosal | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Chlorure de Sodium | <input type="checkbox"/> Œufs | |
| <input type="checkbox"/> Lactose | <input type="checkbox"/> Pénicilline/Sulfa | |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Piqûre d'abeille/guêpe | |

INFORMATION SUR LA VACCINATION

Cochez ce qui s'applique à votre situation.

- J'ai déjà eu une réaction allergique grave à un vaccin.
 J'ai déjà fait de la fièvre après un vaccin.
 J'ai reçu une transfusion ou des immunoglobulines dans les 12 derniers mois.
 Je suis immunosupprimé.

SECTION POUR LA FEMME

Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous le devenir bientôt?

- Oui Si oui, inscrivez le nombre de semaines de grossesse ici : _____
 Non

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Spécifiez ici : _____

Signature: _____ Date: _____

Je confirme que les informations données sont exactes au meilleur de ma connaissance.

- En cochant, j'accepte que Dr. Annie Demers consulte mon dossier à des fins de qualité et de formation.