

HOMME

Fiche de renseignements destinée à votre médecin

Cette fiche médicale comporte des renseignements portant sur votre santé, vos traitements et vos antécédents. Gardez-la pour répondre précisément aux médecins que vous pourriez consulter. Vous pouvez être amené à remplir une fiche pour un parent.

Vous cochez chaque case correspondant à une maladie dont vous souffrez et vous essayez de répondre aux questions posées.

ALLERGIES

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eczéma-urticaire | <input type="checkbox"/> Rhume des foins | <input type="checkbox"/> Allergie latex |
| <input type="checkbox"/> Allergies alimentaires | <input type="checkbox"/> Allergie à l'iode | <input type="checkbox"/> Œdème de Quincke |

Autre/Laquelle :

- Allergies médicaments

Si oui, nom du ou des médicaments :

MALADIES DES POUMONS

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Mucoviscidose | <input type="checkbox"/> Emphysème |
| <input type="checkbox"/> Bronchite chronique | <input type="checkbox"/> Pneumothorax | <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Pleurésie | |

Autre/Laquelle :

TROUBLES DE LA VUE

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Myopie | <input type="checkbox"/> Presbytie | <input type="checkbox"/> Cataracte/Implant |
| <input type="checkbox"/> Astigmatisme | <input type="checkbox"/> Strabisme | <input type="checkbox"/> Dégénérescence maculaire aiguë (DMLA) |
| <input type="checkbox"/> Hypermétropie | <input type="checkbox"/> Glaucome | |

Autre/Laquelle :

- Lunettes Lentilles

MALADIES DES OS ET DES ARTICULATIONS

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Lombalgie | <input type="checkbox"/> Tendinites | <input type="checkbox"/> Rhumatisme inflammatoire |
| <input type="checkbox"/> Périarthrite | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Déformation vertébrale |
| <input type="checkbox"/> Ostéoporose | <input type="checkbox"/> Sciatique | |

Autre/Laquelle :

MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE ET GÉNITAL

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Varicocèle | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Maladie de la prostate |
| <input type="checkbox"/> Calculs | <input type="checkbox"/> Ectopie testiculaire | <input type="checkbox"/> Infections urinaires chroniques |

Autre/Laquelle :

AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES

Laquelle :

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gastrite | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Polypes |
| <input type="checkbox"/> Colite | <input type="checkbox"/> Affections intestinales | <input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien |
| <input type="checkbox"/> Ulcère | <input type="checkbox"/> Pancréatite | |

Autre/Laquelle :

MALADIES MÉTABOLIQUES ET DU SANG

- Diabète Hyper-uricémie/Goutte Maladie de la thyroïde
 Anémie Hypercholestérolémie

Autre/Laquelle :

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

- Anxiété Sclérose en plaques (Sep) Troubles du sommeil
 Épilepsie Troubles du comportement (Toc) Troubles alimentaires

Autre/Laquelle :

MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

- Artérite Phlébite Hypertension artérielle
 Infarctus Accident vasculaire cérébral Cardiopathie congénitale
 Varices Angine de poitrine Œdème du poumon

Autre/Laquelle :

MALADIES PARTICULIÈRES

- Porphyrie Mucoviscidose Hyperthermie maligne
 Hémophilie Altération chromosomique Myasthénie-Myopathie

Autre/Laquelle :

INTERVENTIONS VASCULAIRES

- Pontage Pacemaker Varices

Autre/Laquelle :

DIVERS

- Traumatisme Greffe Si oui, laquelle :
 Intervention chirurgicale Si oui, laquelle :

CE QUI CONCERNE MA FAMILLE PROCHE

Si vous connaissez les maladies importantes touchant un membre de votre famille, notez-les en indiquant qui est concerné : le père, la mère, un frère ou une sœur, un grand-parent, un oncle, une tante...

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX IMPORTANTS

	Père	Mère	Autres
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus (IDM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle (HTA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si autre/Laquelle :

Si un décès est survenu, notez-en la cause, si vous la connaissez.

- Décès du père Décès de la mère Décès du frère, de la sœur

Cause du décès :

LES ÉLÉMENTS DE MA VIE AU QUOTIDIEN

TABAC

Fumez-vous actuellement ?

Oui

Non

Avez-vous fumé ?

Oui

Non

Si oui, quantité journalière :

Si oui, depuis combien de temps :

Si arrêt, depuis combien de temps :

ACTIVITÉS

Faites-vous régulièrement du sport ?

Oui

Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

ALCOOL

Consommez-vous régulièrement des boissons alcoolisées ?

Si oui, lesquelles :

Combien de fois par semaine :

Combien d'unités par semaine :

TRAITEMENT EN COURS

Prenez-vous actuellement un traitement ? Oui

Non

Si oui, pourquoi ?

Si oui, liste des médicaments :

J'ai d'autres informations à communiquer :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

■ Notez ce que vous savez, sinon faites-vous aider en consultation.

■ Tenez ce document à jour.

■ Apportez-le si vous consultez un médecin pour la première fois. Vous aurez ainsi les réponses aux questions qu'il pourrait vous poser.