

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL DU PATIENT :

**Veillez cocher la case correspondante et remplir les espaces vides. Mentionnez également des données temporelles aussi précises que possible.**

### 1. Troubles / problèmes actuels -Veillez préciser le motif de votre visite chez le médecin.

a) <i>Nature des troubles</i>			
<input type="radio"/> Douleur dans la poitrine	<input type="radio"/> Difficultés respiratoires	<input type="radio"/> Arythmie cardiaque	<input type="radio"/> Transpiration accrue
<input type="radio"/> Gonflement des jambes	<input type="radio"/> Épuisement rapide	<input type="radio"/> Prise de poids	<input type="radio"/> Perte de poids
<input type="radio"/> Fatigue le jour	<input type="radio"/> Ronflements / apnées	<input type="radio"/> Toux / expectoration	<input type="radio"/> Fièvre / frissons
<input type="radio"/> Divers :			
b) <i>Depuis quand les symptômes se produisent-ils ?</i>			
<input type="radio"/> Depuis ___ jours	<input type="radio"/> Depuis ___ semaines	<input type="radio"/> Depuis ___ mois	<input type="radio"/> Depuis ___ ans
c) <i>Quels facteurs ont déclenché les symptômes ?</i>			
<input type="radio"/> Effort physique	<input type="radio"/> Repos physique	<input type="radio"/> Sommeil	<input type="radio"/> Froid
<input type="radio"/> Stress, excitation, peur	<input type="radio"/> Autres :	<input type="radio"/> Je ne sais pas	
d) <i>Combien de temps durent les symptômes ?</i>			
<input type="radio"/> ___ secondes	<input type="radio"/> ___ minutes	<input type="radio"/> ___ heures	<input type="radio"/> ___ jour(s)
<input type="radio"/> En permanence			

### 2. Antécédents cardiovasculaires - Quels problèmes de santé avez-vous ou avez-vous eu ?

<input type="radio"/> Infarctus _____	<input type="radio"/> Dilatation coronaire / stent _____
<input type="radio"/> Pontage coronarien _____	<input type="radio"/> Autre opération du cœur ou de l'aorte _____
<input type="radio"/> Dilatation de l'aorte <input type="radio"/> dans le thorax _____	<input type="radio"/> Troubles circulatoires des jambes _____
<input type="radio"/> <input type="radio"/> dans l'abdomen _____	<input type="radio"/> Hypertension depuis _____
<input type="radio"/> Thrombose veineuse profonde / embolie pulmonaire _____	Date et lieu de la dernière coronarographie : _____
<input type="radio"/> AVC / accident vasculaire cérébral _____	<input type="radio"/> Autres _____

### 3. Facteurs de risque- Lesquels vous concernent ?

<input type="radio"/> Diabète depuis _____	<input type="radio"/> Insuline depuis _____	<input type="radio"/> Augmentation des graisses dans le sang / cholestérol _____
<input type="radio"/> Insuffisance rénale / valeurs rénales élevées _____	<input type="radio"/> Augmentation d'acide urique / <input type="radio"/> Goutte _____	<input type="radio"/> Maladies cardiovasculaires dans la famille _____
<input type="radio"/> Apnée du sommeil / ventilateur nocturne _____	Taille _____ cm	Poids _____ kg
<input type="radio"/> Cas de mort subite chez de jeunes membres de la famille		

### 3. Antécédents / opérations / interventions / blessures -Veillez énumérer d'autres maladies le plus précisément possible

<input type="radio"/> Tête / cerveau _____	<input type="radio"/> Cou / thyroïde _____
<input type="radio"/> Poitrine / glande mammaire _____	<input type="radio"/> Poumon / bronches _____
<input type="radio"/> Intestin grêle / côlon _____	<input type="radio"/> Œsophage / estomac _____
<input type="radio"/> Reins _____	<input type="radio"/> Foie / vésicule biliaire / rate _____
<input type="radio"/> Colonne vertébrale _____	<input type="radio"/> Artères / veines _____
<input type="radio"/> Os / articulations _____	<input type="radio"/> Peau _____
<input type="radio"/> Autres _____	<input type="radio"/> Sang / système lymphatique _____

### 4. Allergies / intolérances- Veuillez indiquer toute hypersensibilité importante relative au traitement médical.

<input type="radio"/> Iode _____	<input type="radio"/> Produit de contraste radiologique _____
<input type="radio"/> Pénicilline _____	<input type="radio"/> Autres : _____

### 5. Produits connexes / médicaments -Veillez indiquer vos habitudes aussi précisément que possible.

Tabac : <input type="radio"/> Jamais fumé	<input type="radio"/> Ex-fumeur depuis _____	<input type="radio"/> Fumeur, _____ paquets(s) par jour depuis _____ ans
Alcool : _____ verres / bouteilles de vin / bière / liqueur par semaine	<input type="radio"/> Abstinence complète d'alcool depuis _____	
Autres : _____		

Veillez tourner

