

GMF SALABERRY-CLINIQUE MÉDI-VAL

Prise en charge

Nom : _____

Nom de votre ancien médecin de famille : _____

Coordonnées de votre ancien médecin de famille : _____

Adresse si connue et/ou numéro de téléphone : _____

<p><u>ANTÉDÉDENTS MÉDICAUX</u></p> <p>1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____</p> <p><u>ANTÉDÉDENTS CHIRURGICAUX</u></p> <p>1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____</p> <p><u>ENFANTS</u></p> <p>Avez-vous des enfants? oui non si oui, combien d'enfants avez-vous? _____ Sont-ils en bonne santé? oui non Si non, précisez : _____</p> <p><u>HABITUDES DE VIE</u></p> <p>Est-ce que vous consommez? Tabac : oui non Alcool : oui non Drogue : oui non</p> <p>Est-ce que vous faites du sport? oui non</p> <p><u>ALLERGIES</u></p> <p>Avez-vous des allergies? oui non Si oui, à quoi? _____</p> <p><u>MÉDICAMENTS</u></p> <p>S.V.P. apporter votre liste de médicaments</p>	<p><u>ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX</u></p> <p>Père : Décédé : oui non Maladie : 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____</p> <p>Mère : Décédée : oui non Maladie : 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____</p> <p>Frère/soeur : Décédé(e) : oui non Maladie : 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____</p> <p>Frère/soeur : Décédé(e) : oui non Maladie : 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____</p> <p>Frère/soeur : Décédé(e) : oui non Maladie : 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____</p>
--	--