

Formulaire d'admission - Antécédents médicaux

Merci de prendre le temps de compléter ce formulaire de la façon la plus complète possible. Cela nous aidera à dresser votre profil médical complet tenant compte de vos antécédents et à accélérer la durée de votre évaluation clinique.

Nom du patient : _____ Date : _____

Nom/adresse du médecin traitant : _____

Nom du ou des spécialistes qui vous suivent : _____

Date du dernier examen ou de la dernière procédure

DENSITÉ OSSEUSE _____ Radiographie du thorax _____

Tomodensitométrie/IRM _____ Mammographie _____

Coloscopie/sigmoïdoscopie flexible _____ EGD _____

Poids actuel _____

ANTÉCÉDENTS DE VACCINATION

Tétanos _____ Dernière grippe _____ Dernière pneumonie _____

COVID _____

HABITUDES SOCIALES/ALIMENTAIRES

Emploi (ou emploi antérieur) :

Combien de repas mangez-vous chaque jour? ___ Quelle quantité de café/thé buvez-vous chaque jour? ___

Suivez-vous un régime alimentaire spécial? (précisez)

Consommation d'alcool et de drogues : Buvez-vous de l'alcool? O N

o Bière o Vin o Alcool _____ Nbre de boissons/semaine

Prenez-vous de la marijuana ou des drogues récréatives? O N

Avez-vous déjà utilisé des aiguilles pour vous injecter de la drogue? O N

Usage du tabac : Cigarettes? O N Actuellement : Paquets/jour _____ Nbre d'années _____

Antérieurement : Date d'abandon : _____ Paquets/jour _____ Nbre d'années _____

Autres produits du tabac (cochez une proposition) : o Pipe o Cigare o Tabac à priser o Tabac à mâcher

ALLERGIES : Dressez la liste des médicaments auxquels vous êtes allergique et de la ou des réactions que vous avez

MÉDICAMENTS ACTUELS : **Énumérez tous les médicaments**, y compris les remèdes en vente libre et homéopathiques/naturels, **avec les dosages et la fréquence**.

DRESSEZ LA LISTE DE TOUTES VOS HOSPITALISATIONS, CHIRURGIES ET ACCIDENTS GRAVES. Incluez l'année et le lieu du traitement.

ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ FAMILIALE

| Relation | Âge si encore vivant | Âge au décès | Problèmes de santé majeurs | Cause du décès |
|-----------------|----------------------|--------------|----------------------------|----------------|
| PÈRE | | | | |
| MÈRE | | | | |
| FRÈRES ET SŒURS | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXAMEN DES SYSTÈMES

Veillez cocher la case correspondant aux éventuels éléments que vous avez pu constater récemment.

GÉNÉRALITÉS

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prise de poids | <input type="checkbox"/> Diminution de l'appétit | <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes | <input type="checkbox"/> Perte de poids |
| <input type="checkbox"/> Frissons | <input type="checkbox"/> Hausse de l'appétit | <input type="checkbox"/> Faiblesse | <input type="checkbox"/> Fièvre |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Autres _____ | | |

TÊTE, YEUX, OREILLES, NEZ, GORGE

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Douleurs oculaires | <input type="checkbox"/> Vision double | <input type="checkbox"/> Port de lunettes/ lentilles de contact |
| <input type="checkbox"/> Écoulement oculaire | <input type="checkbox"/> Auréoles (halos) autour de la lumière | <input type="checkbox"/> Perte auditive |
| <input type="checkbox"/> Plénitude de l'oreille | <input type="checkbox"/> Inconfort de l'oreille | <input type="checkbox"/> Bourdonnements/ tintements dans les oreilles |
| <input type="checkbox"/> Écoulement de l'oreille | <input type="checkbox"/> Troubles des sinus | <input type="checkbox"/> Prothèses dentaires/partiel |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler | <input type="checkbox"/> Enrouement persistant | <input type="checkbox"/> Gencives douloureuses |
| <input type="checkbox"/> Maux de dents | <input type="checkbox"/> Douleur à la mâchoire | <input type="checkbox"/> Sécheresse de la bouche |
| <input type="checkbox"/> Plaies dans la bouche | <input type="checkbox"/> Saignement du nez | <input type="checkbox"/> Congestion nasale |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | | |

CARDIOVASCULAIRE

- Douleur/pression thoracique après effort Rythme cardiaque irrégulier Gonflement des chevilles
- Perte de conscience/évanouissement Crampes aux jambes durant la marche Palpitations/battements cardiaques rapides
- Autres : _____

POUMONS

- Toux persistante Production de crachats Cracher du sang Respiration sifflante
- Essoufflement Infections chroniques Difficulté à respirer lorsque couché
- Autres : _____

HÉMATOLOGIE

- Saignement prolongé Formation aisée d'ecchymoses Transfusions sanguines
- Réaction transfusionnelle Autres : _____

PEAU

- Peau sèche Infection cutanée Changements à la chevelure Changements aux ongles
- Éruption cutanée Zones ouvertes Démangeaisons cutanées Lésions cutanées

APPAREIL GASTRO-INTESTINAL

- Douleurs abdominales Vomissements de sang Brûlures d'estomac Constipation
- Ballonnements/gaz Selles noires/goudronneuses Hémorroïdes Selles sanglantes
- Selles molles/diarrhée Intolérance alimentaire Nausées/vomisse
- Difficulté à avaler/s'étouffe facilement Changement récent des habitudes intestinales

SYSTÈME URINAIRE

- Mictions fréquentes Douleur/brûlure à la miction Sang dans l'urine
- Doit se rendre rapidement aux toilettes Difficulté à commencer la miction Infections rénales/vésicales
- Difficulté à vider la vessie Écoulement après la miction Miction nocturne répétée
- Diminution de la force du flux Autres : _____
- Dernière menstruation _____

APPAREIL MUSCULO-SQUELETTIQUE

- Chute au cours des 6 derniers mois Blessures par chute Os facilement cassés Maux de dos
- Douleurs articulaires Raideur articulaire Gonflement des articulations Douleurs musculaires
- Faiblesse musculaire Difficulté à marcher
- Autres : _____

SYSTÈME ENDOCRINIEN

- Intolérance à la chaleur Intolérance au froid Soif excessive Faim excessive
- Miction excessive Autres : _____

SEINS

- Masses/grosseurs taille/forme Saignements Douleur Changement de
- Décharge du mamelon Autres : _____

NEUROLOGIE

- Maux de tête fréquents Vertiges AVC ou symptômes d'un AVC
- Difficulté à parler Évanouissement/perte de connaissance Paralysie
- Problèmes de mémoire Tremblements Troubles du sommeil
- Sentiment de tristesse/solitude Nervosité/anxiété Traitement psychiatrique
- Engourdissement/sensation inhabituelle bras et les jambes Perte d'intérêt pour les activités dans les habitudes
- Autres : _____

Veillez énumérer ci-dessous tout ce qui vous préoccupe ou que vous pensez que nous devrions savoir :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ANTÉRIEURS

Veillez cocher les cases appropriées ci-dessous si vous avez déjà reçu un diagnostic ou avez connu l'un des éléments suivants :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Colite |
| <input type="checkbox"/> Taux de cholestérol élevé | <input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire | <input type="checkbox"/> Anémie |
| <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Jaunisse |
| <input type="checkbox"/> Goitre | <input type="checkbox"/> Emphysème | <input type="checkbox"/> Hépatite |
| <input type="checkbox"/> Cancer (type) | <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Ulcère gastrique ou gastroduodéal |
| <hr/> | | |
| <input type="checkbox"/> Leucémie | <input type="checkbox"/> Épilepsie (convulsions) | <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Cataractes | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine | <input type="checkbox"/> Maladie rénale | <input type="checkbox"/> VIH/sida |
| <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> Calculs rénaux | |

Examen réalisé par : _____ PA-C / NP / MD / DO