

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

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chute au cours des 6 derniers mois | <input type="checkbox"/> Blessures par chute | <input type="checkbox"/> Os facilement cassés | <input type="checkbox"/> Maux de dos |
| <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires | <input type="checkbox"/> Raideur articulaire | <input type="checkbox"/> Gonflement des articulations | <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire | <input type="checkbox"/> Difficulté à marcher | | |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | | | |

SYSTÈME ENDOCRINIEN

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intolérance à la chaleur | <input type="checkbox"/> Intolérance au froid | <input type="checkbox"/> Soif excessive | <input type="checkbox"/> Faim excessive |
| <input type="checkbox"/> Miction excessive | <input type="checkbox"/> Autres : _____ | | |

SEINS

- | | | | |
|--|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Masses/grosseurs taille/forme | <input type="checkbox"/> Saignements | <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Changement de |
| <input type="checkbox"/> Décharge du mamelon | <input type="checkbox"/> Autres : _____ | | |

NEUROLOGIE

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