



Chère patiente, chère patient!

Après avoir rempli le questionnaire, merci de le remettre à l'accueil. Il sera transmis à notre médecin spécialiste. Des données complètes et exactes sont indispensables afin d'éviter toute complication.

- Avez-vous déjà eu **des maladies** ou **opérations** sérieuses? (par exemple: infarctus, congestion cérébrale, thrombose, infarctus des poumons, tension artérielle élevée, diabète, crise d'épilepsie, ostéoporose, asthme, angine de poitrine, cancer, opération des articulations, fracture des os, accident). Si oui lesquelles et quand/depuis quand?

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

- Souffrez-vous ou avez-vous souffert de **maladie infectieuses** comme l'hépatite A,B,C, la tuberculose, le sida, la salmonellose, SARM,ERV, ESB ? Si oui lesquelles quand/depuis quand?

.....

- Quels **médicaments** prenez-vous actuellement (de façon permanente ou temporaire)?

.....
.....

- Avez-vous **des pièces métalliques** dans votre corps? (stimulateur cardiaque (space-maker), vis dans les os, prothèse articulaire, éclats de métaux, stérilet, implant dentaire) lesquels et où?

.....

- Avez-vous un stimulateur cardiaque (space-maker)? non oui

- Avez-vous des varices? non ja

- Etes-vous enceinte? non ja

- Etes-vous allergique à un médicament ? non oui, laquelle?

.....

- Vous est-il déjà arrivé de mal supporter une séance de physiothérapie? Laquelle?

.....

.....
Nom

.....
Date de naissance

.....
Date

.....
Signature