

Date du questionnaire : ..... /...../ .....

NOM – Prénom : ..... Date de naissance : ..... /...../ .....

**Motif de la consultation :** contrôle général (Check up) Autres : .....

**Liste de votre traitement :**  traitement stoppé  Aucun traitement  traitement actuel  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Santé générale :**  Bonne  Légèrement diminuée  Mauvaise  
Denier Contrôle général (Check up)/ Quand : .....  
Situation familiale : ..... Profession : ..... Loisirs : .....  
Vaccinations à jour :  Oui  Non  Inconnue  
Etat dentaire :  Bon  Moyen  Mauvais  
 Contrôle chez l'ophtalmologue chez Dr ..... / Quand : .....  
 Contrôle gynécologique chez Dr ..... / Quand : .....  
 Autres médecins qui vous suivent : .....

**Maladies connues/** Lesquelles : .....  
 Allergies / Lesquelles : .....  
 Avez-vous été hospitalisé/ Pourquoi : .....

**Santé psychique :**  Bonne  Légèrement diminuée  Mauvaise  
Durand le mois écoulé, vous êtes-vous senti triste, déprimé ? Oui Non  
Durand le mois écoulé, avez-vous ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir dans la plupart des activités que vous appréciez d'habitude ? Oui Non  
 Maladies psychiatriques/ Lesquelles : .....  
 Suivi psychiatrique actuel/ Dr.....

**Maladies dans la famille** (frères et sœurs + parents)/ Laquelle : .....  
 Diabète dans la famille  Hypertension dans la famille  Maladie cardiaque dans la famille  
 Cholestérol haut dans la famille  Cancer dans la famille Maladie héréditaire dans la famille

Fumez-vous ?/ Combien : ..... Depuis quand ? .....  
 Consommez-vous de l'alcool ?/Combien de verre par jour : ..... Combien de fois par semaine : .....  
 Prenez-vous des médicaments en automédication/ Lesquels : ..... à quelle fréquence ? .....  
 Consommez-vous du cannabis/ à quelle fréquence ? .....  
 Consommez-vous des drogues/ Lesquelles : ..... à quelle fréquence : .....

Activités physique (marche, sport)/ Combien de temps : ..... Combien de fois par semaine .....  
 Suivez-vous un régime alimentaire ? .....

Remarques : .....  
.....  
.....  
.....  
.....