

## Préparer mon rendez-vous de santé



### Informations administratives :

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse postales : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphones : Maison : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Aidant naturel : \_\_\_\_\_

Gestionnaire de cas : \_\_\_\_\_

Nom de votre pharmacie : \_\_\_\_\_

### À apporter :

- Liste de médicaments de la pharmacie;
- Carte d'assurance maladie;
- Si vous faites du diabète ou de la haute pression, veuillez apporter quelques chiffres de la maison et/ou votre carnet de suivi.

1) Mes préoccupations et/ou les questions que je désire aborder lors de la rencontre :

1 :

\_\_\_\_\_

2 :

\_\_\_\_\_

3 :

\_\_\_\_\_

Nom des médecins/spécialistes/autres professionnels qui me suivent :

Noms	Spécialités	Date de la dernière rencontre
		/ / an / mois / jour
		/ / an / mois / jour
		/ / an / mois / jour

**Veillez compléter sur la page suivante vos problèmes de santé ainsi que vos antécédents :**

**Maladie cardiovasculaire :**

- Hypertension artérielle (haute pression)
- Infarctus / Angine
- Insuffisance cardiaque / Eau sur les poumons
- Dyslipidémie / Cholestérol
- Arythmie : \_\_\_\_\_
- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Thrombophlébite
  
- Autre : \_\_\_\_\_

**Maladie pulmonaire :**

- MPOC / Emphysème / Bronchite chronique
- Asthme
- Embolie pulmonaire
- Autre : \_\_\_\_\_

**Maladie endocrinienne :**

- Diabète : Type \_\_\_\_
- Thyroïde : \_\_\_\_\_
  
- Autre : \_\_\_\_\_

**Maladie digestive :**

- Maladie de Crohn
- Colite ulcéreuse
- Syndrome du colon irritable
- Intolérance au gluten
- Cirrhose
- Hépatite
- Reflux gastrique ou brûlures d'estomac
- Autre : \_\_\_\_\_

**Maladie articulaire :**

- Arthrite
- Arthrose : spécifier endroit : \_\_\_\_\_
- Ostéoporose
  
- Autre : \_\_\_\_\_

**Maladie dermatologique :**

- Psoriasis
- Eczema
- Cancer de la peau : \_\_\_\_\_
  
- Autre : \_\_\_\_\_

**Problème de santé mentale :**

- TDAH
- Dépression : \_\_\_\_\_
- Anxiété : \_\_\_\_\_
- Trouble panique
- Schizophrénie
- Maladie bipolaire
- Toxicomanie / Alcoolisme : \_\_\_\_\_
- Anorexie / Boulimie
- Trouble de personnalité limite
- Tentative de suicide
- Autre : \_\_\_\_\_

**Maladie neurologique :**

- Sclérose en plaques
- Déficience intellectuelle
- Maladie de Parkinson
- Trouble de mémoire : \_\_\_\_\_
- Alzheimer
  
- Autre : \_\_\_\_\_

**Maladie urologique ou rénale :**

- Incontinence urinaire
- Prostate
- Insuffisance rénale chronique
  
- Autre : \_\_\_\_\_

**Cancer :**

- Type : \_\_\_\_\_
- Depuis : \_\_\_\_\_
  
- En traitement :
  - Chimiothérapie
  - Radiothérapie
- En rémission depuis : \_\_\_\_\_

**Autres problèmes :**

- Troubles de la vision / Non voyant
- Diminution de l'ouïe / Malentendant
- Douleur chronique : spécifier : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

2) Allergies et intolérances :

---

---

3) Antécédents de chirurgie (Ex : Appendicectomie...) :

---

---

---

---

---

4) Antécédents familiaux :

Maladie	Mère	Âge	Père	Âge	Fratrie	Âge
Diabète						
Maladie cardiaque						
Ostéoporose						
Dépression						
Cancer						

Si Cancer, précisez :  Prostate  Colon / Polype intestinal  Sein  
 Autre : \_\_\_\_\_

5) Habitudes de vie :

Fumez-vous?  OUI  NON

Quelle quantité d'alcool prenez vous par semaine? \_\_\_\_\_

Consommez-vous des drogues?  OUI  NON

Si oui, que consommez vous? \_\_\_\_\_

6) Dates approximatives de mes derniers tests (Si applicable) :

Mammographie: _____	Glycémie: _____	Recherche de sang dans les selles: _____	Ostéodensitométrie: _____
PapTest: _____	Cholestérol: _____	Colonoscopie: _____	Autre: _____

**Merci d'avoir complété ce court document**  
**Pour toutes questions, n'hésitez pas à appeler au 819-565-7446**