

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 et carnet de vaccination;
- 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 et raisons de consultation	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 :

Âge représente l'âge de contraction de la maladie

Maladie	Mère	Âge	Père	Âge	Fratrie	Âge
Diabète						
Maladie cardiaque						
Ostéoporose						
Dépression						
Haute pression						
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