

Antécédents Médicaux

Trouble de coagulation du sang:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Anémie:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Infarctus du myocarde:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Angine de poitrine:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maladie cardiaque congénitale:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maladie des valves du cœur:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Hypertension artérielle:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Arythmie cardiaque:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Décompensation cardiaque:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mucoviscidose:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Insuffisance pulmonaire grave:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Asthme:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Insuffisance rénale:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pierre aux reins:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Insuffisance hépatique (foie):	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Ulcère estomac ou duodénum:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maladie de WHIPPLE:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Diabète:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Leucémie:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Hypothyroïdie:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Hyperthyroïdie:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sclérose en plaques:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Poliomyélite:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Epilepsie:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Handicap cérébral:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Myopathie (muscles):	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Myasthénie:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Handicap de la moëlle épinière:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Tumeur ou malformation de la bouche:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Tumeur du larynx:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Surdité(sourd):	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Cécité(aveugle):	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Borgne:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mutité (muet):	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Glaucome (hypertension oculaire):	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Prostatisme:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Malaria:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Hépatite virale:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
SIDA:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Tuberculose:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autre maladie:		

Toxicomanie(s)

Tabac:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Autres:
Alcool:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Café:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Antécédents chirurgicaux

Opération au cerveau:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	→	Maladie congénitale opérée:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Tumeur cérébrale:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Obstruction de carotide:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Anévrisme cérébral:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		"Stent" coronaire:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Traumatisme cérébral:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Dilatation coronaire:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Hémorragie cérébrale:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Pneumectomie partielle:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pontage coronarien:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Pneumectomie totale:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Grefe cardiaque:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Gastrectomie partielle:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Valvuloplastie cardiaque:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Gastrectomie totale:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Valve cardiaque remplacée:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	→	Néphrectomie totale:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Antécédents chirurgicaux (suite)

Cholécystectomie:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	→	Pompe à morphine implantée:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Anévrisme aorte thoracique:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Stimulateur nerveux implanté:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Anévrisme aorte abdominale:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Dérivation ventriculaire		
Carrefour aortique abdominal:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		cérébrale:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Hystérectomie:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Fistule artério-veineuse:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Cystectomie (vessie):	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Splénectomie (rate):	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Appendicectomie:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Césarienne:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Colectomie (gros intestin):	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Grefe de foie:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Duodénopancréatectomie:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Grefe de rein:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Tumeur osseuse:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Grefe coeur et poumons:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Hernie discale:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Amputation de membre		
Fracture de colonne:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		(doigt, main, avant-bras, bras,		
Tumeur oesophagienne:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		orteil, pied, jambe, cuisse):	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Cataracte:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Autres:		
Pacemaker cardiaque:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Type de pacemaker:			→		

Médicaments en cours

Anticoagulant:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	→	Insuline:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Antiagrégant plaquettaire:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Antidiabétique oral:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Antiarythmique:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Antiulcéreux:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Antihypertenseur:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Morphine ou dérivé:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Bétabloquant:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Anti-inflammatoire:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Digitalique:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Immunodépresseur:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Dérivé nitré:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Antimyasthénique:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Bronchodilatateur:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Antabuse (disulfiram):	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Oxygène (intermittent/permanent):	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Benzodiazépine:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Antidépresseur tricyclique:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Théophylline:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Antidépresseur IMAO:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Lithium:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Antiépileptique:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Méthadone:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Barbiturique:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Hormones surréaliennes:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Cortisone ou dérivé:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Hormones hypophysaires:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Hormones thyroïdiennes:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	→	Médicaments actuels:		
					

Traitement de longue durée en cours

Radiothérapie cancéreuse:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	→	Dialyse rénale chronique:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Chimiothérapie cancéreuse:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		Autres:		
Soins palliatifs:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	→		
					

Vaccinations en ordre à la date de ce formulaire

Tétanos:	<input type="checkbox"/>	→	Fièvre jaune:	<input type="checkbox"/>								
Diphthérie:	<input type="checkbox"/>		Choléra:	<input type="checkbox"/>								
Coqueluche:	<input type="checkbox"/>		Fièvre Typhoïde:	<input type="checkbox"/>								
Poliomyélite:	<input type="checkbox"/>		Rage:	<input type="checkbox"/>								
Varicelle:	<input type="checkbox"/>		Autres:									
Rougeole:	<input type="checkbox"/>										
Rubéole:	<input type="checkbox"/>										
Oreillons:	<input type="checkbox"/>										
Hépatite A:	<input type="checkbox"/>										
Hépatite B:	<input type="checkbox"/>										
Pneumocoque:	<input type="checkbox"/>										
Méningocoque:	<input type="checkbox"/>										
Hemophilus Influenzae:	<input type="checkbox"/>	→										

