

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

