

FORMULAIRE DE SANTE

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

TAILLE : _____

POIDS : _____

ALLERGIES / Réactions: _____

(médicament, alimentaire, autre)

MEDICAMENTS

Médicaments	Dosage

Maladies cardiovasculaires	Oui	Non	Commentaires
Souffrez-vous d'hypertension ?			
Souffrez-vous de troubles du rythme ?			
Portez-vous un pacemaker ou défibrillateur ?			
Avez-vous eu un angor / un infarctus ?			
Maladies pulmonaires			
Fumez-vous ?			
Souffrez-vous d'asthme ?			
Souffrez-vous de BPCO ?			
Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?			
Sphère ORL			
Ronflez-vous ?			
Portez-vous des prothèses dentaires mobiles ?			
Maladies rein, foie, métabolisme			
Souffrez-vous de problèmes rénaux ?			
Souffrez-vous de diabète ?			
Consommez-vous de l'alcool ?			
Maladies neurologiques			
Avez-vous déjà eu un AVC/AIT ?			
Souffrez-vous d'épilepsie ?			
Autres			
Souffrez-vous d'une maladie infectieuse ? (HIV, hépatite A, B, C, ...)			
Portez-vous des pièces métalliques ? (plaques, vis, prothèses hanches/genoux)			
Etes-vous enceinte ?			

Lieu et date :

Signature du patient :

.....

.....