

## QUESTIONNAIRE DE PRÉCONSULTATION MÉDICALE

Afin de préparer au mieux votre venue au cabinet, veuillez remplir ce formulaire et l'ajouter à votre rendez-vous Doctolib en amont de la consultation ou l'apporter le jour de la consultation.

(Ce document peut être rempli directement à partir de votre ordinateur, smartphone ou tablette)

### Identité \*

Prénom

Nom

### Date de naissance \*

Jour

Mois

Année

### Avez-vous un médecin traitant ? \*

### Prenez-vous des médicaments ? \*

### Si oui, lesquels ?

Si possible, ajoutez votre ordonnance sur Doctolib ou apportez la le jour du rendez-vous.

### Êtes-vous suivi(e) pour une ou plusieurs maladies ? \*

### Si oui, lesquelles ?

Exemple: hypertension, diabète, cholestérol, AVC...

**Avez-vous déjà été opéré(e) \***

**Si oui, pour quelle raison ?**

**Avez-vous des allergies ? \***

**Si oui, lesquelles et comment se manifestent-elles ?**

**Consommez-vous de l'alcool ? \***

**Si oui, à quelle fréquence ?**

**Est-ce que vous fumez ? \***

**Si oui, à quelle fréquence ?**

**Si vous avez plus de 50 ans, à quand remonte votre dernier dépistage du cancer colorectal (examen des selles) ?**

**Quand a eu lieu votre dernier bilan sanguin (prise de sang) ? \***

Si possible, ajoutez votre bilan sur Doctolib ou apportez le, le jour du rendez-vous.

**Dans votre famille y a-t-il eu : \***

**Y a-t-il d'autres maladies dans votre famille ?**

**Ajoutez tout élément que vous jugez utile à propos de votre santé pour préparer au mieux la consultation.**

## **GYNECOLOGIE**

À remplir si vous êtes une femme

**Avez-vous un suivi gynécologique ?**

**Avez-vous une contraception ?**

**Quand a eu lieu votre dernier frottis ?**

**Si vous avez plus de 50 ans, quand a eu lieu votre dernière mammographie ?**