

Antécédents médicaux

Service de santé des étudiants de l'Université d'Iowa

Le service de santé des étudiants de l'Université d'Iowa demande les renseignements confidentiels suivants dans le but d'offrir des soins aux patients. Les personnes qui ne font pas partie du service de santé des étudiants n'obtiennent habituellement ces renseignements que si le patient est au courant et qu'il a consenti par écrit. Il est requis de répondre à tous les points pour que vous puissiez recevoir des soins adéquats.

A. Données personnelles ☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre _____

Nom : _____ Numéro d'étudiant : _____
(Nom) (Prénom) (Second prénom)

Adresse : _____ Date de naissance : _____
(Numéro, rue ou C.P.) (Ville) (État) (Code postal)

Personne à contacter en cas d'urgence : _____
(Nom) (Prénom) (adresse) (téléphone)

Nom préféré si différent de celui ci-dessus : _____

B. Antécédents médicaux personnels/famille biologique

Est-ce que vous ou un membre de votre famille immédiate avez ou avez eu un des problèmes suivants ? (Famille immédiate : père, mère, frères, sœurs) **Répondre à chaque point. Pour les points marqués « O », écrivez des commentaires dans la partie D.**

	Vous		Famille		Relation		Vous		Famille		Relation
	O	N	O	N			O	N	O	N	
Alcool/drogues						Maladie héréditaire					
Allergies						Hypertension					
Arthrite (maladie/lésions des articulations)						Cholestérol élevé					
Asthme						Jaunisse ou hépatite					
Cancer						Maladie rénale					
Diabète						Trouble psychiatrique					
Troubles avec oreilles, nez, gorge						Crise (d'épilepsie)					
Troubles oculaires (pas de verres correcteurs)						Infection transmise sexuellement					
Traumatisme crânien						Problèmes gastriques ou intestinaux					
Problème/maladie cardiaque						Attaque					
Hémophilie						Autre					

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ou subi une chirurgie ? Si oui, veuillez préciser _____

Avez-vous déjà été traité(e) pour des troubles de santé mentale ? (Veuillez préciser) _____

Indiquez tous les médicaments que vous prenez actuellement : _____

Indiquez les allergies dont vous souffrez : Médicaments (indiquez le type de réaction que vous avez) _____

Allergènes alimentaires ou environnementaux : _____

C. Antécédents sociaux

1. Fumez-vous ? ☐ oui ☐ non (Si oui, indiquez combien et depuis quand) _____

2. Prenez-vous de l'alcool ? ☐ oui ☐ non (Si oui, indiquez combien et à quelle fréquence) _____

3. Faites-vous de l'exercice ? ☐ oui ☐ non (Si oui, à quelle fréquence et sous quelle forme) _____

4. Avez-vous des problèmes de poids ou d'alimentation ? _____

5. Avez-vous besoin d'aide pour vos activités quotidiennes normales ? ☐ oui ☐ non (Si oui, veuillez préciser) _____

6. Avez-vous de la difficulté à comprendre l'anglais ? ☐ oui ☐ non Quelle est votre langue maternelle ? _____

7. Quelles circonstances peuvent modifier votre capacité à comprendre ou vous tenir informé sur les problèmes de santé ? _____

8. Si vous avez besoin d'un interprète ou d'une autre aide de communication. Veuillez en informer le planificateur lors de votre prise de rendez-vous.

9. Si vous avez besoin de directives préalables, comme un testament de vie, veuillez en envoyer une copie avec le présent formulaire.

D. Commentaires : Utilisez cet espace pour ajouter des commentaires de la section B et pour tout autre renseignement que vous pensez que nous devrions connaître.

E. Vérification : _____

Signature de l'étudiant

Date

Retournez ce formulaire à : Université d'Iowa, Service de santé des étudiants, 4189 Westlawn, Iowa City, IA 52242-1100 ou par fax à 309 335-7247