**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 |

S:\Forms\Medical Record\Medical History HIM 03/2010