
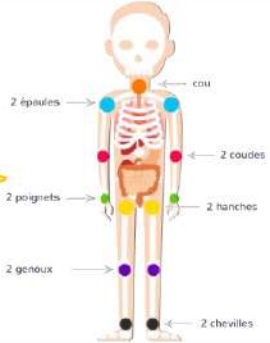


Fiche récapitulative patient

 <p>HOLOTECH- Health <small>Création de technologies médicales</small></p>	Fiche médicale individuelle	
NOM : Prénom : Date de naissance : Adresse : E-mail : Numéro téléphone :	Sexe : Groupe sanguin : Poids : Taille : Température :	
Avez-vous une mutuelle ?	Si oui	
	N° de mutuelle :	
Etes-vous fumeur ?	
Avez-vous eu des symptômes ces derniers jours (fièvre, toux, maux de tête etc.) ?	Oui/Non	
	Si oui, les quels :	
Êtes-vous vacciné contre le tétanos ou autres ?	Oui/Non	Lequel/Lesquels :
	Date de dernier rappel :	
Avez-vous des allergies ?	Si oui, lesquels :	

Avez- vous de l'asthme ?		
Antécédents médicaux ? (avec dates)		
Antécédents chirurgicaux ? (avec dates)		
Antécédents familiaux ? (avec dates)		
Avez-vous un régime alimentaire particulier ?	Oui/Non	
	Si oui lequel ?	
Etes-vous sous traitement médicaux ?	Oui/Non	
	Si oui, lequel/lesquels?	
Etes-vous diabétique ?	Oui/Non	
Avez-vous été victime d'IDM ou d'AVC ?	Oui/Non	
	Si oui lequel/Lesquels ?	
	Combien de temps cela a-t-il duré ?	
Il vous arrive d'avoir des douleurs pendant un exercice physique quelconque, même la marche ?	Oui/Non	
	Si oui : - Une fois - Quelques fois - Régulièrement - De plus en plus souvent - Toujours	Puissance de la douleur : - 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90% - 100%

La douleur s'atténue-t-elle au repos ?	
À quel endroit du corps se situe la douleur ? Précisez-le sur la photo :	
Souffrez-vous d'hypertension ?	Oui/Non
	Si oui, avez-vous des traitements en cours ?
Autres précisions utiles (éventuellement) : <i>Problèmes respiratoires, cardiaques, chimiothérapie...</i>	
Personnes à contacter en cas d'urgence : <div style="margin-left: 40px;"> - Nom : - Prénom : - Adresse : - Tel : </div>	