

FICHE MÉDICALE PATIENT



Clinique Saint-Charles



INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : Prénom :



Âge : an(s)



Poids : kilos



Taille : mètre(s)



ÉTAT DE SANTÉ



Il/elle se sent : ☐ calme ☐ stressé(e)

→ Raison :



Il/elle se sent : ☐ en forme ☐ fatigué(e)

→ Raison :



Il/elle a mal : ☐ à la tête ☐ au ventre ☐ à la gorge ☐ autre :



Il/elle a de la fièvre : ☐ non ☐ oui Si oui, température : degrés



RÉGIME ALIMENTAIRE



Il/elle fait des repas équilibrés : ☐ oui ☐ non

→ Il/elle mange beaucoup de

→ Il/elle ne mange pas de

→ Il/elle fait repas par jour



Il/elle boit assez d'eau : ☐ oui ☐ non



HABITUDES DE VIE



Il/elle fume : ☐ oui ☐ non Si oui, fréquence :



Il/elle boit de l'alcool : ☐ oui ☐ non Si oui, fréquence :



Il/elle dort bien : ☐ oui ☐ non Si non, raison :



Il/elle fait du sport : ☐ oui ☐ non Activités :