

# VISITE N° 1

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX A remplir éventuellement avec l'aide de votre médecin traitant

**Date :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Adresse complète :**

**Tél personnel :**

**Tél travail :**

**Médecin traitant :**

**Profession ou scolarité suivie :**

**Antécédents médicaux et chirurgicaux :** avez-vous déjà été opéré(e) ou êtes-vous porteur(se) d'une affection d'origine cardiaque, pulmonaire, digestive, neurologique, ostéo-articulaire, sanguine, cutanée, rénale, endocrinienne (thyroïde, diabète), ORL ou ophtalmologique ?

Oui  non

Si oui, merci de préciser le type d'affection ou d'intervention :

**Traitement :** prenez-vous un traitement médicamenteux ?  oui  non

Si oui, merci de préciser le ou lesquels :

**Existe-t-il dans votre famille (parent, frère ou sœur) une personne ayant présenté un infarctus du myocarde ou une mort subite et à quel âge ?**

0 / 1 / 2 ou plus

**Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé ?**  oui  non

Si vous ne fumez pas, êtes-vous régulièrement exposé au tabagisme de votre conjoint ou d'un collègue de travail et depuis combien d'années ?

oui  non      nombre d'années :

**Si vous fumez ou si vous avez déjà fumé, quelle est ou quelle a été votre consommation moyenne par jour et depuis combien d'années fumez-vous ou combien d'années avez-vous fumé ? .....**

Fumez vous le matin avant le petit déjeuner ?  oui  non

Fumez-vous lorsque vous êtes en vacances ?  oui  non

**Pour les plus de 30 ans, connaissez-vous votre taux de cholestérol et de triglycérides (un résultat normal datant de moins de 5 ans est tout à fait valable) ?**

Si oui, cholestérolémie : \_\_\_\_\_ g/l                      triglycérides : \_\_\_\_\_ g/l

**Avez-vous du diabète ?**       oui    non                      Si oui, depuis combien d'années :

**Quelle est votre tension artérielle habituelle ?** TA (si vous la connaissez) :

**Quels sont vos taille et poids ?**      Taille :                      Poids :

**Votre poids est-il instable ?**       oui    non

**Fréquence cardiaque de repos** (à prendre 3 matins de suite au réveil avant de se lever) :

**Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté au repos ou à l'effort :**

- une douleur dans la poitrine                       oui                       non
- des palpitations                       oui                       non
- une perte de connaissance                       oui                       non
- une difficulté inhabituelle à respirer (manque d'air)                       oui                       non
- des quintes de toux                       pendant l'effort                       à la fin                       le soir
- présentez-vous une baisse de forme nette et inexplicquée                       oui                       non
- présentez-vous des maux de tête à l'effort                       oui                       non
- présentez-vous une douleur dans une articulation,  
dans le dos, ou au niveau d'un muscle (si oui, à quel endroit)                       oui                       non

**Présentez-vous des troubles du comportement ?**

- des troubles du sommeil                       oui                       non                      Nombre d'heures de sommeil :
- des troubles de l'humeur
  - anxiété                       oui                       non
  - perte de confiance                       oui                       non
  - perte de motivation                       oui                       non
  - irritabilité                       oui                       non
- des troubles de l'appétit                       oui                       non
- des troubles de la libido                       oui                       non

**Présentez-vous des blessures à répétition ?**       oui    non

**Date de votre dernière consultation chez le dentiste :**

Date :

Signature :

(Signature d'un parent pour les moins de 18 ans)

