

## INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
COURRIEL \_\_\_\_\_ TRAVAIL \_\_\_\_\_  
ADRESSE \_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE mobile \_\_\_\_\_ maison \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_  
MÉDECIN DE FAMILLE \_\_\_\_\_  
À REJOINDRE SI URGENCE \_\_\_\_\_ TÉL. \_\_\_\_\_

## CONDITIONS MÉDICALES

*(diabète, hypertension, ostéoporose, arthrite, ACV, SEP, dépression, cancer...)*

---

---

---

---

## QUESTIONS SPÉCIFIQUES

ÊTES-VOUS ENCEINTE? \_\_\_\_\_ COMBIEN DE SEMAINES? \_\_\_\_\_  
VOTRE POIDS EST-IL STABLE? \_\_\_\_\_  
QUELS MÉDICAMENTS PRENEZ-VOUS? \_\_\_\_\_  
CONSULTEZ-VOUS D'AUTRES PROFESSIONNELS? \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDANTS

INDIQUEZ LES **BLESSURES** SUBIES DANS LE PASSÉ, AVEC LA DATE APPROXIMATIVE:

---

---

---

---

FAITES DE MÊME AVEC LES **CHIRURGIES** NÉCESSITANT UNE HOSPITALISATION :

---

---

---

---