

**Questionnaire Patients *
Service de Médecine préventive**

Nom :	_____		
Nom de jeune fille :	_____		
Prénom :	_____		
Adresse :	_____		
Code postal :	_____	Localité :	_____
Date de naissance :	_____	Sexe :	_____
Nationalité :	_____		
Adresse e-mail :	_____		
Nom et adresse du médecin traitant :	_____ _____ _____		

L'objet de ce questionnaire est d'obtenir un aperçu de votre état de santé et de fournir au médecin des informations à ce sujet. Veuillez-vous munir de votre carnet de vaccination, de vos rapports médicaux ou de vos résultats d'examen médicaux significatifs.

Veuillez compléter ce questionnaire soigneusement et l'envoyer à med.prev@hopitauxschuman.lu ou par fax à 28 88 59 74 avant la prise de rendez-vous.

L'ensemble des informations ci-jointes est soumis au secret médical.

*) A remplir en capitales d'imprimerie

1.	HISTOIRE FAMILIALE	Oui	Non
1.1	Un de vos parents, vos frères/sœurs, a-t-il souffert de l'une des affections suivantes ?		
1.1.a	- Infarctus du myocarde		
1.1.b	- Accident vasculaire cérébral		
1.1.c	- Hypertension artérielle		
1.1.d	- Diabète		
1.1.e	- Autres Lesquelles :		
1.2	Connaissez-vous un cas de mort inopinée (en quelques heures) d'un parent (père, mère, frère, sœur) avant l'âge de 55 ans, sauf à la suite d'un accident ?		
1.3	Connaissez-vous des cas de cancer dans votre famille ? Si oui, veuillez préciser l'organe de départ et le lien de parenté (p.ex. cancer du sein chez la grand-mère maternelle, ...) _____		

2.	SIGNES GENERAUX	Oui	Non
2.1	En général, vous sentez-vous bien ?		
2.2	Avez-vous bon appétit ?		
2.3	Dormez-vous bien ?		
2.4	Est-ce que vous vous sentez déjà fatigué le matin au réveil ?		
2.5	Quel est votre poids habituel ? _____ kg Taille : _____ cm		
2.6	Avez-vous maigri pendant les 3 derniers mois ?		
2.7	Combien de kg ? _____		
2.8	Avez-vous déjà constaté :		
	- une fatigue inexplicable ?		
2.9	- une tendance aux saignements récente ?		
2.10	- une tuméfaction non douloureuse récente ?		
2.11	- des lésions de la peau qui ne guérissent pas ?		
2.12	Prenez-vous des médicaments que vous achetez vous-même ? (Somnifères, calmants, antidouleurs) Lesquels ?		

3.	ANTECEDENTS PERSONNELS	Oui	Non
3.1	<p>Avez-vous déjà été gravement malade ?</p> <p>3.1.a - Diagnostic? _____ Age _____</p> <p>3.1.b - Diagnostic? _____ Age _____</p> <p>3.1.c - Diagnostic? _____ Age _____</p>		
3.2	<p>Avez-vous déjà été opéré ?</p> <p>3.2.a - Quel organe ? _____ Age _____</p> <p>3.2.b - Quel organe ? _____ Age _____</p> <p>3.2.c - Quel organe ? _____ Age _____</p>		
3.3	<p>Avez-vous reçu une pilule contraceptive, œstrogènes ?</p> <p>A quel âge ? _____</p> <p>Quel produit ? _____</p>		
3.4	<p>Avez-vous réalisé des explorations médicales récentes ?</p> <p>Gynécologiques/mammographies ? Quand pour la dernière fois ? _____</p> <p>Examen urologique ? Quand pour la dernière fois ? _____</p>		
3.5	<p>Avez-vous eu un accident grave ?</p> <p>Si oui, lequel ? _____</p> <p>A quel organe ? _____</p>		
3.6	<p>Avez-vous souffert d'une maladie tropicale ?</p> <p>Si oui, laquelle ? _____</p>		
3.7	<p>Avez-vous déjà reçu des transfusions sanguines ?</p> <p>Quand ? _____</p>		

4.	TRAVAIL	Oui	Non
4.1	Travaillez-vous généralement debout ?		
4.2	Faites-vous un travail physiquement lourd ?		
4.3	Travaillez-vous dans un milieu bruyant ?		
4.4	Travaillez-vous par équipe ?		
4.5	Travaillez-vous avec des matières toxiques ?		
4.6	Travaillez-vous avec des matières radioactives ?		

5.	HABITUDES	Oui	Non
5.1	Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Lesquelles ? _____ Quantité hebdomadaire ? _____ verres/semaine		
5.2	Fumez-vous ? Depuis quel âge ? _____ Combien de cigarettes par jour ? _____		
5.3	Avez-vous cessé de fumer ? Depuis quand ? _____		
5.4	Faites-vous un sport qui vous oblige à faire un effort physique intense ? Combien de fois par semaine ? _____ Combien de minutes par séance en moyenne ? _____		
5.5	Faites-vous régulièrement de la marche à pied ? Combien de km ? _____ Combien de fois par semaine ? _____		
5.6	Prenez-vous des bains de soleil / solarium ? Combien de fois par mois ? _____		
5.7	Mangez-vous 5 portions de fruits et légumes ? (1 portion = 1 poignée) Si non, combien ? _____		

6.	PRISE EN CHARGE MEDICALE	Oui	Non
6.1	Prenez-vous des médicaments ou suivez-vous un régime pour : 6.1.a - le cœur / les vaisseaux 6.1.b - l'hypertension artérielle 6.1.c - le cholestérol 6.1.d - la surcharge pondérale 6.1.e - l'acide urique / la goutte 6.1.f - la peau 6.1.g - le diabète 6.1.h - une affection digestive 6.1.i - une autre affection		
6.2	Etes-vous soumis à un autre traitement ou êtes-vous sous surveillance d'un médecin ? Si oui, qui et pourquoi ?		

7.	PLAINTES FONCTIONNELLES	Oui	Non
7.1	Avez-vous eu récemment : 7.1.a - un malaise / une syncope ou perte de connaissance ? 7.1.b - des tremblements ? 7.1.c - des maux de tête ? 7.1.d - des troubles de la sensibilité ? 7.1.e - des troubles de l'équilibre et de la marche ? 7.1.f - des paralysies		
7.2	Avez-vous des troubles de la vue ?		
7.3	Toussez-vous ? Quand ? _____		
7.4	Avez-vous des expectorations (crachat) ? Quand ? _____		
7.5	Avez-vous eu la voix rauque pendant plus de 3 semaines ?		
7.6	Avez-vous constaté un changement de l'audition ?		
7.7	Avez-vous un écoulement de l'oreille ?		
7.8	Avez-vous une obstruction nasale ?		
7.9	Avez-vous noté un écoulement de sang du nez ?		

7.10	Etes-vous à court d'haleine quand :		
7.10.a	- vous vous pressez ?		
7.10.b	- vous montez une pente ou des escaliers ?		
7.10.c	- vous marchez dans la rue à pas normal avec des gens du même âge ?		
7.11	Avez-vous une douleur ou une gêne dans la poitrine ?		
7.12	Avez-vous jamais eu une douleur oppressive dans la poitrine ? Si oui, avez-vous eu cette douleur ou cette oppression :		
7.12.a	- lorsque vous montez une pente ou des escaliers ?		
7.12.b	- si vous vous pressez ?		
7.12.c	- si vous marchez ou allez à vélo contre le vent ?		
7.12.d	- si vous vous promenez normalement dans la rue ?		
7.12.e	- si vous passez du chaud au froid ?		
7.12.f	- lors d'émotions ?		
7.12.g	- après un repas ?		
7.13	Avez-vous une douleur dans le(les) mollet(s) lorsque vous vous promenez ?		
7.14	Avez-vous les chevilles ou les pieds gonflés le soir ?		
7.15	Avez-vous une gêne ou une douleur pour avaler ?		
7.16	Avez-vous une perte d'appétit ?		
7.17	Avez-vous un dégoût récent pour la viande ?		
7.18	Avez-vous souvent mal au ventre ?		
7.19	Avez-vous des vomissements ?		
7.20	Avez-vous constaté la présence de sang dans les vomissements ?		
7.21	Avez-vous constaté la présence de sang dans les selles ?		
7.22	Avez-vous constaté une modification des selles ?		
7.22.a	- portant sur la régularité ?		
7.22.b	- portant sur la couleur ?		
7.22.c	- portant sur la consistance (diarrhée) ?		
7.23	Etes-vous chroniquement constipé ?		
7.24	Avez-vous noté :		
7.24.a	- une difficulté pour uriner ?		
7.24.b	- une modification de la fréquence des besoins (jour et nuit) ?		
7.24.c	- la présence de sang dans les urines ?		

8.	ORGANES GENITAUX MASCULINS	Oui	Non
8.1	Les deux testicules sont-ils présents ? Devez-vous vous lever la nuit pour uriner ?		

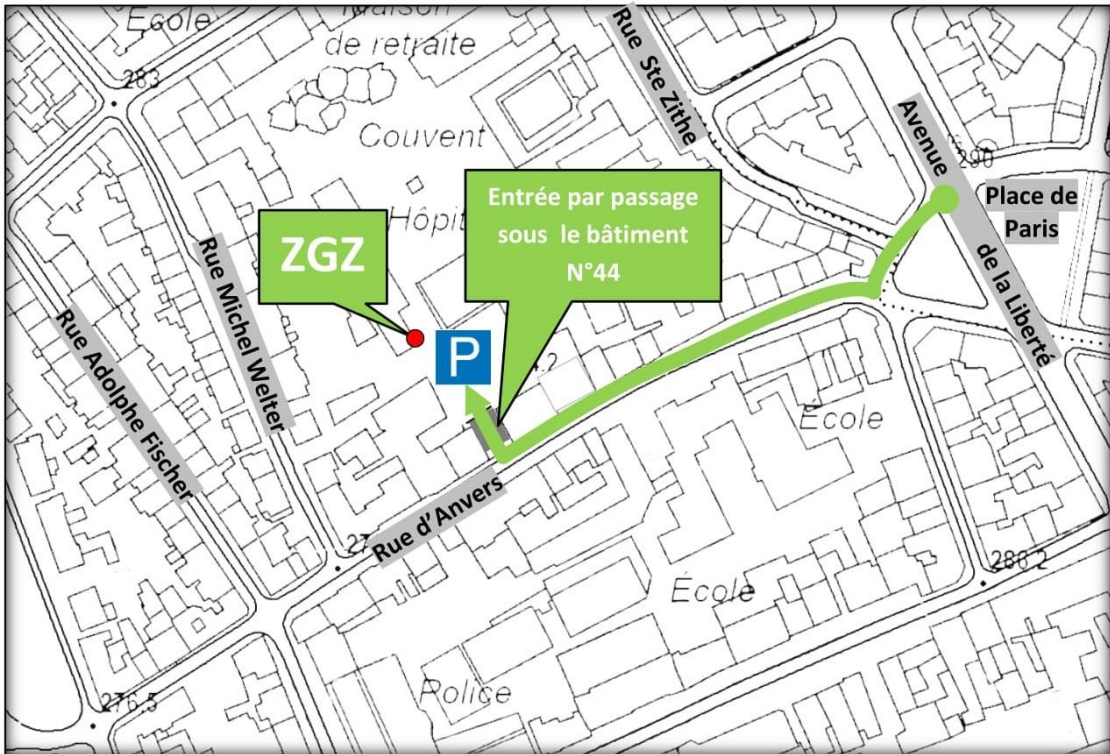
8.1 a	SI oui, combien de fois ? _____		
-------	---------------------------------	--	--

9.	ORGANES GENITAUX FEMININS	Oui	Non
9.1	Menstruations		
9.1.1	A quel âge avez-vous eu vos premières règles ? _____ ans		
9.1.2	Etes-vous encore réglée ?		
9.1.3	Quel est l'âge de l'arrêt des règles ? _____ ans		
9.1.4	Quelle est la date des dernières règles ? _____		
9.1.5	Avez-vous noté une modification des règles ?		
9.1.6	Avez-vous noté des pertes de sang entre les règles ? Depuis quand ? _____		
9.1.7	Avez-vous noté des pertes de sang après la ménopause ?		
9.1.8	Avez-vous noté des pertes blanches persistantes ? Depuis quand ? _____		
9.1.9	Avez-vous noté une irritation ou une douleur de la vulve ? Expliquez :		
9.2	Accouchements		
9.2.1	Avez-vous accouché ? Combien de fois ? _____ Combien de fausses couches ? _____		
9.2.2	Quel a été le poids de naissance du(des) bébé(s) ? 1 : _____ kg 2 : _____ kg 3 : _____ kg 4 : _____ kg		
9.2.3	Avez-vous eu des complications pendant ou après l'accouchement ? Lesquelles ?		
9.3	Opérations		
9.3.1	Avez-vous été opérée des organes génitaux ? Quand ? _____ Pourquoi ?		
9.3.2	Avez-vous eu une intervention locale sur le col de la matrice/utérus (polypes) ? Quand ? _____		
9.3.3	Avez-vous utilisé des moyens anticonceptionnels ? Combien de temps ? _____		

Lesquels ? _____		
------------------	--	--

9.4	Seins		
9.4.1	Avez-vous noté une induration ou une « boule » douloureuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4.2	Avez-vous noté une induration ou une « boule » non douloureuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4.3	Avez-vous noté un écoulement par le bout du sein ? clair <input type="checkbox"/> sanglant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	Allaitement		
9.5.1	Avez-vous donné le sein ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5.2	Nombre d'enfants allaités : _____		
9.5.3	Durée moyenne de l'allaitement : _____ mois		
9.5.4	Avez-vous eu un abcès au sein en période d'allaitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5.5	Avez-vous eu un traitement chirurgical pour cet abcès ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5.6	Avez-vous eu un traitement médicamenteux pour cet abcès ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.	DIVERS	Oui	Non
10.1	Connaissez-vous les risques des rapports sexuels non protégés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2	Connaissez-vous les risques de dépendance aux drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3	Vous plaignez-vous d'autres problèmes de santé que ceux repris ci-dessus ? Si oui, veuillez les décrire brièvement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



GesondheetsZentrum : accès par le parking au no 44 rue d'Anvers, L-1130