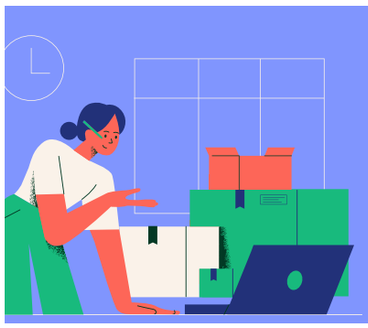

QUESTIONNAIRE MÉDICAL
PREMIÈRE CONSULTATION

INFORMATIONS ADMINITRATIVES

Genre

Nom de naissance

Nom usuel

Prénom

Date de naissance

Lieu de Naissance

Téléphone Fixe

Téléphone portable

Adresse mail (COMPTE DOCTOLIB)

Adresse

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX mère père tantes oncles cousin(e)s germain(e)s grands parents / ex: diabète hypertension cancer AVC infarctus embolie pulmonaire maladie génétique ...

Côté MATERNEL

Côté PATERNEL

ANTÉDÉCENTS PERSONNELS

Maladies

Chirurgies

Allergies

Traitement médical actuel : joindre ordonnance(s) si possible

Nom du Medecin Traitant et ville de ce dernier