

Fiche médicale

Nom, Prénom

Date et lieu de naissance

Adresse

E-mail

N°CIN ou Passeport

N° de Téléphone

Personne à contacter en cas de besoin

N° de Téléphone

Médecin de famille antérieur

Etat matrimonial

Habitudes de vie

Tabac Oui Non

Alcool Oui Non

Drogue Oui Non

Examen Médical systématique

Etat général

Température TA FC FR.....

PoidsKg Taillecm SaO² OMI.....

Antécédents personnels

Allergies Oui Non Si oui, précisez svp

- Médicaments
- Alimentaires
- Saisonnières

Chirurgies Oui Non /Si oui, précisez svp



Problèmes de santé (anciens et actuels)

- Santé mentale Anxiété Troubles de panique Phobie
 Dépression Autres
- Pulmonaire Asthme Tuberculose MPOC Autres
- Cardiaque et Vasculaire HTA Infarctus Valvulopathie Autres
- Neurologique Migraine Epilepsie Autisme Autres
- Endocrinien Diabète T1 Diabète T2 Trouble de thyroïde Autres
- Digestif Ulcère Maladie coéliquaue Gastrite Autres
- Divers Anémie Rhumatisme Hépatite VIH
 Cancer Insuffisance rénale Grossesse Autres

Antécédents familiaux

Père

- Vivant et âgé de.....
- Décédé à l'âge de
- Problèmes de santé
Oui Non
Si oui, précisez svp
.....

Mère

- Vivante et âgée de.....
- Décédée à l'âge de
- Problèmes de santé
Oui Non
Si oui, précisez svp
.....

Frères et sœurs

- Nombre.....
- Problèmes de santé
Oui Non
Si oui, précisez svp
.....
.....
.....

Autres problèmes de santé

Fait à le

Signature légalisée

Cachet médecin