

Le bilan de santé préventif de la santé revoit sur une base individuelle l'état de santé de chaque patient. L'évaluation révisé votre état de santé actuel, vos antécédents médicaux et familiaux. Il s'assure que des mesures préventives importantes sont entreprises et à jour telles que des tests Pap et des immunisations. Il offre également l'occasion de discuter de nouvelles recommandations préventives qui peuvent convenir à votre situation.

Veillez noter que les informations soumises dans ce formulaire seront seulement examinées avec votre fournisseur de soins lors de votre première visite.

A Renseignements personnels				
Nom	Date de naissance	N° d'assurance maladie	N° de téléphone	Code postal
Adresse : Rue/App.		Ville	Prov.	

B Dossier personnel et social				
1. <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Couple en union libre <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Remarié(e) <input type="checkbox"/> Veuf/veuve				
2. Ménage >> <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Partenaire <input type="checkbox"/> Avec enfant(s) : indiquer le nombre ____ <input type="checkbox"/> Autres membres de la famille <input type="checkbox"/> Colocataire				
3. <input type="checkbox"/> Étudiant(e) Emploi actuel Emploi antérieur <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Retraité(e)				
4. Niveau d'éducation le plus élevé		5. A vécu la plupart du temps dans quel pays		6. Ethnicité

C Médicaments	
<input type="checkbox"/> Prise actuelle de médicaments sous ordonnance
<input type="checkbox"/> Prise actuelle de médicaments sans ordonnance
<input type="checkbox"/> Vitamines, produits à base d'herbes médicinales

D Allergies	
Souffrez-vous d'allergies? <input type="checkbox"/> Médicaments	<input type="checkbox"/> Environnement
Si oui, spécifier lesquelles : <input type="checkbox"/> Aliments	<input type="checkbox"/> Latex

E <input type="checkbox"/> Aucun changement depuis le rapport précédent Antécédents médicaux		
a. Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous présentement de l'une ou des maladies suivantes:	Non	Oui Spécifier
1. Yeux, oreilles, nez ou gorge p. ex. : amygdales, surdité, rhume des foins, problèmes visuels, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Appareil respiratoire p. ex. : toux chronique, asthme, tuberculose, pneumonie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Système cardiovasculaire p. ex. : fièvre rhumatismale, crise cardiaque, phlébite, angine de poitrine, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Appareil digestif p. ex. : ulcère, colite, jaunisse, vésicule biliaire, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Appareil génito-urinaire p. ex. : problèmes rénaux ou vésicaux, calcul rénal, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Appareil locomoteur p. ex. : arthrite, fracture, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antécédents médicaux (cont.)

8. Peau, glandes lymphatiques, kyste, tumeur ou cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Appareil génital p. ex. : problème gynécologique grave, problème obstétrique, prostate, testicule, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Premier jour des dernières menstruations (date) : _____
10. Système endocrinien p. ex. : diabète, glande thyroïde, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Système nerveux p. ex. : migraine, épilepsie, paralysie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Santé émotionnelle/santé mentale p. ex. : dépression, anxiété, anorexie, boulimie, tentative de suicide, violence physique, psychologique ou sexuelle, déclin cognitif, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Maladies contagieuses p. ex. : hépatite B, tuberculose, ITS, VIH, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Autres (Spécifiez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Avez-vous déjà subi une chirurgie ou avez-vous déjà souffert d'une blessure nécessitant une hospitalisation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

F Antécédents familiaux							
	Maladie du cœur	Hypertension artérielle	Taux élevé de cholestérol	Diabète	Maladie mentale	Cancer	Autres (Tb, maladie congénitale, asthme, problème neurologique, ostéoporose, glaucome, etc.)
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Type: _____ Âge du diagnostic _____	<input type="checkbox"/>
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Type: _____ Âge du diagnostic _____	<input type="checkbox"/>
Frères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Type: _____ Âge du diagnostic _____	<input type="checkbox"/>
Sœurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Type: _____ Âge du diagnostic _____	<input type="checkbox"/>
Enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Type: _____ Âge du diagnostic _____	<input type="checkbox"/>

G Style de vie			
1.	Avez-vous déjà fumé?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui >> Quantité et fréquence _____
	Avez-vous fait l'usage du tabac au cours des 7 derniers jours?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui >> Quantité et fréquence _____
	Avez-vous fait l'usage du tabac au cours des 6 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui >> Quantité et fréquence _____
2.	Consommez-vous de l'alcool?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui >>	Quantité _____ Fréquence _____
3.	Consommez-vous de la drogue à usage récréatif?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui >>	Type _____ Fréquence _____
4.	Consommez-vous de la caféine?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui >>	Quantité _____ Fréquence _____
5.	Faites-vous de l'exercice?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui >>	Type _____ Fréquence _____
6.	Avez-vous des restrictions alimentaires? _____		
7.	À quand remonte votre dernier examen dentaire? _____		À quand remonte votre dernier examen de la vue? _____
8.	Protection solaire: Portez-vous des lunettes de soleil?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Appliquez-vous quotidiennement un écran solaire avec un FPS minimal de 30? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
			Utilisez-vous un lit de bronzage? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

