

PRISE EN CHARGE ADULTE

Veuillez remplir le formulaire suivant au meilleur de vos connaissances et nous le retourner avec votre liste de médicaments imprimée par la pharmacie. Les informations de ce formulaire font partie de votre dossier et demeureront confidentielles.

SECTION 1 INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom, Prénom :	_____	Sexe :	_____	Âge :	_____
# Assurance Maladie :	_____	Occupation :	_____		
Adresse :	_____			App :	_____
Ville :	_____	Code postal :	_____		
Téléphone (maison) :	_____	Téléphone (travail/cellulaire):	_____		

SECTION 2 MÉDICAMENTS

Si vous avez plusieurs médicaments, apportez votre liste de médicaments à jour.

Médicaments: _____

Produits naturels : _____

Pharmacie : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Type assurance : Publique Privée

SECTION 3 HABITUDES DE VIE

Est-ce que vous fumez? Si oui, combien par jour : _____ Depuis quand : _____

Consommez- vous des drogues ? Fréquence : _____ Type : _____

Nombre de consommation par semaine de ces produits :

Alcool : _____ Café : _____ Boissons énergisantes : _____ Boissons gazeuses : _____

SECTION 4 QUESTIONNAIRE SANTÉ

Allergies/Intolérances : _____

Avez-vous reçu tous vos vaccins dans l'enfance ? : _____

Avez-vous reçu le vaccin contre le tétanos dans les 10 dernières années ? _____

Avez-vous déjà reçu le vaccin contre le zona ? : _____

Avez-vous déjà reçu le vaccin contre la pneumonie ? : _____

Problèmes de santé et chirurgies : _____

Problèmes de santé de vos parents, frères et sœurs (âge et cause si décès) : _____

Maladies présentes dans votre famille (lien et âge du diagnostic):

Angine/Infarctus/AVC avant 60 ans : _____

Cancer du sein : _____ Cancer du côlon : _____

En quelle année remontent les examens suivants (si applicable) :

Bilan sanguin complet : _____ ECG : _____ Tapis roulant : _____

Recherche de sang dans les selles : _____ Colonoscopie : _____

Ostéodensitométrie : _____ Antigène prostatique spécifique (PSA) : _____

Mammographie : _____ Pap Test : _____

Est-ce que vous consultez ou avez-vous déjà consulté un psychologue ou psychiatre ? _____

Êtes-vous suivi par un spécialiste ? : _____

Avez-vous des préoccupations sur votre santé ? : _____

MERCI DE VOTRE COLLABORATION