

**MERCI DE REMPLIR CES DOCUMENTS CONFIDENTIELS EN PREPARATION à
LA CONSULTATION**

ETAT CIVIL

M. Me Melle NOM : PRENOM :

Date de naissance :

Situation personnelle : Seul(e) Marié (e) Divorcé (e) En couple Veuf(ve)

Adresse :

Code Postal/Ville :

Profession : Taille : Poids :

Téléphone fixe:/...../...../...../.....

Téléphone mobile : 06/...../...../...../.....

Téléphone professionnel :/...../...../...../.....

Vos Enfants : Cocher la case pour indiquer oui.

Garçon	Fille	Date de naissance	Né(e) par césarienne ?	Avec péridurale ?	Déclencheur d'accouchement ?

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Anesthésies générales:

Motifs	Année

Voir verso→

MALADIES MAJEURES :

Motifs	Année	Traitements

Avez-vous eu des mycoses ? OUI NON

Si oui, localisation : Sexe Ongles/peau bouche

Avez-vous eu un Herpes ? OUI NON

Avez-vous eu une Hépatite ? OUI NON

Type : A B C

Etes-vous traité(e) pour :

- Hypertension Artérielle OUI NON
- Cholestérol OUI NON
- Troubles cardiaques OUI NON
- Diabète OUI NON
- Dépression OUI NON
- Migraines ou céphalées OUI NON
- Troubles pulmonaires OUI NON
- Asthme OUI NON
- Allergies OUI NON
- Troubles digestifs OUI NON
- Rhumatismes OUI NON
- Arthrose OUI NON
- Problèmes oculaires OUI NON
- Problèmes auditifs OUI NON
- Autres (détailler) OUI NON