

Bilan de santé confidentiel

NOM : PRENOM :

Date de naissance :

1. Nom et adresse du médecin traitant :

2. Prenez-vous des médicaments au quotidien ? **NON** **OUI**

Si oui, lesquels ?

3. Avez-vous des problèmes de santé ? **NON** **OUI**

Cardiovasculaire **NON** **OUI** : Quel type ?

Diabète **NON** **OUI** : Est-il régulé ?

Allergique **NON** **OUI** : A quoi ?

Ostéoporose **NON** **OUI** :

SIDA **NON** **OUI** : Date du test :

Cancer **NON** **OUI** :

Avez-vous suivi ou suivez-vous une **Chimiothérapie** ? **NON** **OUI**

Avez-vous suivi ou suivez-vous une **Radiothérapie** ? **NON** **OUI**

Nervosité/Anxiété/Dépression **NON** **OUI** :

Tension **NON** **OUI** :

Autres **NON** **OUI** :

4. Êtes-vous porteur d'une prothèse orthopédique ? **NON** **OUI**

De quel type :

Date opération :

5. Avez-vous généralement tendance à saigner ? **NON** **OUI**

6. Êtes-vous enceinte ? **NON** **OUI**: Terme :

7. Fumez-vous ? **NON** **OUI** : Nombre de cigarettes par jour :

Le :

Signature Patient :

Signature Praticien :