

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Lorsqu'on rencontre un médecin, surtout si c'est la première fois, il est utile de préparer un dossier avec vos antécédents médicaux. Les membres de l'équipe soignante ont besoin d'un maximum d'information afin de déterminer le meilleur plan de traitement. Il est possible qu'il y ait des formulaires à cet effet au bureau de votre médecin, mais la présente fiche d'information vous aidera à recueillir les renseignements de base voulus avant le rendez-vous.

OUTIL POUR VOUS AIDER

Vos renseignements

NOM _____ DATE DE NAISSANCE _____

NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE _____

ADRESSE _____

COURRIEL _____

EMPLOYEUR _____

NOM DU OU DE LA CONJOINT(E) _____

NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE DU OU DE LA CONJOINT(E) _____

CONTACT EN CAS D'URGENCE _____

NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE DU CONTACT EN CAS D'URGENCE _____

Renseignements du prestataire de soins de santé de première ligne

PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE _____

NOM DU CABINET _____

NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE _____ NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR _____

ADRESSE _____

COURRIEL _____

Antécédents médicaux

Dans le passé, avez-vous reçu un des diagnostics suivants?
Veuillez sélectionner toutes les réponses applicables.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Maladie des reins |
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Maladie du foie |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladie du cœur | <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> Caillots sanguins
(thrombose
par exemple) | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Migraines |
| <input type="checkbox"/> Cancer
Type :
_____ | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Infections transmissibles
sexuellement (ITS) |
| <input type="checkbox"/> Colite | <input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie | <input type="checkbox"/> Infection urinaire |
| <input type="checkbox"/> Commotion cérébrale | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Autre :
_____ |
| | <input type="checkbox"/> Mobilité réduite | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Syndrome du côlon
irritable | _____ |

Dressez la liste des opérations, des tests, des hospitalisations ou des soins majeurs antérieurs.

Intervention	Description/but	Date



**Antécédents
médicaux
familiaux**

Un membre de votre famille a-t-il déjà été atteint de l'un des troubles suivants ?
Si oui, lequel ?

Maladie

Membre de la famille

Asthme

Caillots sanguins

Cancer (indiquer les types)

Dépression

Diabète

Maladie du cœur

Hépatite

Hypertension artérielle

Hypercholestérolémie

Hypotension

Maladie des reins

Maladie pulmonaire

Syndrome du côlon irritable

Maladie du foie

Colite

VIH/SIDA

Autre

Médicaments et allergies

Dressez la liste de tous les médicaments que vous prenez, y compris les vitamines, les suppléments et les médicaments sans ordonnance.

Nom du médicament

Dose/fréquence

Raison

Nom du médicament	Dose/fréquence	Raison

Dressez la liste de toutes les allergies alimentaires, aux médicaments ou à d'autres substances :

Pharmacie

NOM DE LA PHARMACIE

NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE

NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR

ADRESSE



Application LLS Health Manager

Pour effectuer un suivi des médicaments, des effets secondaires et plus encore!
(En anglais seulement)



SOCIÉTÉ DE
LEUCÉMIE &
LYMPHOME
DU CANADA™

**N'hésitez jamais à communiquer avec nous:
Nous sommes là pour vous aider!**

1 833 222-4884 • info@cancersdusang.ca • cancersdusang.ca