

IDENTITE DU PATIENT

Nom d'usage :	Nom de naissance :	Prénom(s) :
Sexe : Féminin / Masculin	Date de naissance : . . / . . /	Ville française de naissance : ou pays étranger de naissance :

COORDONNEES

Adresse :	Ville :
Téléphone portable :	Téléphone fixe :
E-mail : @	Personne de confiance : - identité : - lien de parenté : - téléphone :

ADMINISTRATIF ASSURANCE MALADIE

Numéro de Sécurité Sociale	
Motifs des éventuelles ALD (Affections Longue Durée prises en 100%)	
Médecin généraliste précédent	

ALLERGIES ET INTOLERANCES

A quels médicaments / substances / aliments	Réactions

ANTECEDENTS

CHIRURGICAUX (opérations et interventions subies)

GYNECOLOGIQUES

Date des premières règles Age de ménopause	
Nombre de grossesses Nombre d'enfants	
Fausses couches	
CONTRACEPTION	
Autres	

MEDICAUX (MEME GUERIS)

Asthme (y compris dans l'enfance) ? Bronchite chronique ?	
Calculs ?	
Cancers (même guéris) ?	
Cardiovasculaire ? Cholestérol ? Hypertension artérielle ? Phlébite ? embolie pulmonaire ?	
Convulsions / épilepsie ?	
Dépression ? Traumatismes subis ?	
Diabète ?	
Fractures / tassements vertébraux ?	
Glaucome / tension dans les yeux ?	
Infections chroniques, même guéries (SIDA, hépatites...) ?	
Prostate ?	
Thyroïde ?	
Varicelle ?	
Autres	

SANG

Groupe sanguin A B O	Rhésus POSITIF / NEGATIF
Transfusions sanguines par le passé	Oui / non

FAMILIAUX

	Quelle maladie	Qui
Maladies génétiques		
Problèmes cardiaques		
Mort subite		
Diabète		
Cancers		
Autres		

MODE DE VIE

Professions exercées actuellement ou par le passé	
Lieu de vie : - maison ou appartement ? - étage ? - avec ou sans ascenseur ? - travaux en cours ?	
Sports (activité et nombre d'heures par semaine)	
Animaux	
Tabac : - date de début - forme (cigarettes, tabac à rouler, cigares, cigarette électronique...) - combien	
Alcool (y compris bière, vin, cidre)	
Drogues et autres addictions	
Régime alimentaire spécifique	

Merci de remplir ce dossier médical d'inscription avant de nous contacter au 01.85.50.01.33

TRAITEMENTS Y COMPRIS LES COLLYRES (merci de fournir une copie des ordonnances en cours)

Nom des médicaments	Dosage	Posologie	Indications
Automédication (compléments alimentaires, vitamines pris par le patient lui-même...) :			
Utilisation de matériel médical (appareils pour dormir, cannes / fauteuil roulant, attelle / orthèse, prothèse...) :			

VACCINS (sauf les antigrippe)

Dates	Nom des vaccins / Maladies protégées