



Coordonnées personnelles :

Nom, prénom

Adresse complète

Numéros de téléphone (maison)

()

(travail)

()

(cellulaire)

()

Date de naissance (année / mois / jour)

Médecin de famille

Médecin référent

Assurances (nom)

À remplir seulement si vous êtes bénéficiaire SAAQ ou CSST

No de dossier SAAQ / CSST

Date de l'accident

Numéro Assurance Maladie

Questionnaire de santé

Souffrez-vous de problèmes :

1. Digestifs :

Constipation, Diarrhée, ulcère, maladie cœliaque, côlon irritable, Reflux, autre

2. Cardiaque ou circulatoire ?

Hypertension Hypotension, cholestérol élevé, Palpitations Infarctus Angine AVC
 ICT embolie thrombophlébite Porteur de pacemaker, autre

3. Respiratoire :

Asthme Emphysème MPOC, autre

4. Neurologique :

Épilepsie, sclérose en plaques, parkinson, vertiges, perte de conscience, autre

5. Endocrinien :

Hypothyroïdie, Hyperthyroïdie, diabète, autre

6. Musculo-squelettique :

Fracture, ostéoporose, arthrose, arthrite, hernie discale, scoliose,
Arthrite rhumatoïde, goutte, autre

7. Tégumentaire :

Eczéma, acné, infection, pied d'athlète, urticaire, autre

8. **Portez-vous** des orthèses, prothèse, plaque et vis, autre ?

9. Êtes-vous porteur de herpès, sida, hépatite ?

10. Avez-vous des **allergies** ? Lesquelles ? _____

11. Avez-vous déjà eu un **cancer** ? *si oui, lequel* : _____

12. *Quand et quels traitements avez-vous eu pour ce cancer ?* _____

13. Avez-vous déjà subi des **opérations / chirurgies** ? _____

14. **Avez vous d'autres conditions de santé** non-mentionnés au questionnaire ? _____

15. Êtes-vous enceinte ? O / N

Signature _____

Date _____