

À remplir correctement pour tous les nouveaux patients(es), ou pour chaque examen annuel **avant** de rencontrer le **Dr. Moini**. **C'est à votre entière discrétion de répondre à tout ou en partie à ce questionnaire**, S.V.P répondre correctement en **encerclant oui ou non**, et **si vous ne connaissez pas la réponse ou ne voulez pas répondre mettre NA**. **Ne pas faire de X .Seulement écrire ou encercler S.V.P.,N.B.** **Toutes les informations au dossier du patient sont confidentielles et ce, même pour les membres de votre famille , [this form is available in English. Please go to English section of the website.](#)**

Nom, prénom : femelle male	Sex :	Langues parlées : Français, Anglais, Allophone
E-mail :	Langue maternelle : Educations :	
Téléphone(s) :	Professions/ Travailes :	

**Téléphone(s) de votre pharmacien :**

Date	Antécédents médicaux	Date	Histoire Psychiatrique
			Dépression : + - Anxiété : + -
			Phobie : + - panique : + -
			Autre.....
			<b>Antécédents chirurgicaux</b>
	<b>Exposé aux toxines/chemical/physical :</b>		<b>Traitements esthétiques</b>
	<b>Trouble Visuel :</b> Lunettes, verre de contact : + -		<b>Allergies aux Médicaments :</b> <b>Non,Oui :.....</b>
	<b>Trouble Auditive :</b> protese : + -		<b>Allergies Générale : Non , Oui.....</b>
			<b>oeufs, Latex,Gelatin, Anti- biotiques</b>

**Taille :**                      **Poids.....**                      Tour de l'abdomen :

*Est-ce que vous avez peur des piqûres d` l'aiguille?...Non Oui, Est-ce que vous avez peur d`etre examiné seul?.Non Oui*

*Est-ce que vous voulez que quelqu` un vous accompagne pendant l'examen, Non Oui.*

*Est-ce que vous prenez des produit(s) naturels?                      Lequel?*

**Maladies héréditaires (familiales)**

Mère :

Soeur(s) :

Frère(s) :

Père :

Autres :

**Mode de vie :**

Tabac depuis _____	Non combien _____	Oui _____	active,	passive
Alcool depuis _____	Non combien _____	Oui _____	abus,	..social
Narcotiques depuis _____	Non combien _____	Oui _____	présent,	pas
Liqueurs/Café	Non	Oui		
Diete spécial depuis _____	Non combien _____	Oui _____		
Sédentaire depuis _____	Non	Oui		
Enceinte	Non	Oui,.....semaines _____		
Risque de MTS/ SIDA/HEPATITES.....( partenaire stable ou plusieurs ,Orientation sexuelle : Hétéro, Homo, Bi,				
<b>Vaccinations : <i>minimum depuis 10 ans, sauf les vaccinations infantiles</i></b>				
<b>Flu(influenza,grippe)</b> Non , Oui ,Date 2007, 2008 ,2009				
<b>Hépatite A, B :</b>				
1.....2.....3..... <b>Booster.....</b>				
<b>Gardasil,</b> 1.....2.....3..... <b>pour fille 9 a 26 ans, pour cancer col d'uterus)</b>				
<b>D2T5 , polio</b>				
1.....2.....3.....booster				
<b>Pneumovax 23</b>	Non	Oui	Date :	<b>(seulement 1 fois dans vie)</b>
Varicelle	Non	Oui	Date	
MMR	Non	Oui	Date	
Fievre jaune	Non	Oui	Date	
Meningite	Non	Oui	Date	
<b>Est-ce que vous êtes contre la vaccination ? Non Oui,</b>				
<b>pourquoi?.....Lequel?.....</b>				

Date \_\_\_\_\_ Sign \_\_\_\_\_

**S.v.p apres avoir le completé,l'imprimes et l'apportes avec vous à la clinique**