

# Questionnaire de santé

## Données personnelles

Coller ici l'étiquette du (de la) patient(e)

|                     |                      |                    |                            |                            |
|---------------------|----------------------|--------------------|----------------------------|----------------------------|
| Nom :               | <input type="text"/> | Genre:             | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> M |
| Prénom :            | <input type="text"/> | Date de naissance: | <input type="text"/>       |                            |
| Adresse :           | <input type="text"/> | Etat civil:        | <input type="text"/>       |                            |
| NPA/Lieu :          | <input type="text"/> |                    |                            |                            |
| N° de téléphone:    | <input type="text"/> |                    |                            |                            |
| Médecin de famille: | <input type="text"/> |                    |                            |                            |

## Habitudes alimentaires / boissons

|   |                      |             |
|---|----------------------|-------------|
| Végétarien(ne)                          | Sans lactose         | Sans gluten |
| Sans poisson                            | Sans fruits de mer   | Sans porc   |
| Allergies ou intolérances alimentaires: | <input type="text"/> |             |
| Régime spécial:                         | <input type="text"/> |             |

## Troubles du sommeil:

**Avez-vous été hospitalisé(e) à l'étranger dans les 12 derniers mois:**  oui  non

## Habitudes de vie / autonomie

|  |                                     |                    |
|--|-------------------------------------|--------------------|
| Vit seul(e)                                    | Antécédent de chute                 |                    |
| Pour la marche:<br>Indépendant(e)              | Cannes / tintébin /<br>déambulateur | Chaise roulante    |
| Pour la toilette:<br>Indépendant(e)            | Toilette avec aide                  |                    |
| Pour la prise de médicaments<br>Indépendant(e) | Aide à la préparation               | Aide pour la prise |
| Oxygène  | Autres:                             |                    |

## Suivi psychologique / social / environnement:

## Médicaments:

| Médicament:          | Matin:               | Midi:                | Soir:                | Nuit:                |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Allergie ou intolérances à un (des) médicament(s):

Merci de renvoyer ce formulaire rempli de manière complète et en lettres capitales avant votre séjour.  
Tel: 027 472 51 01 - Fax: 027 472 50 11 - Email: leukerbadclinic@hin.ch