

# 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: Indépendant(e)	Cannes / tintébin / déambulateur	Chaise roulante
Pour la toilette: Indépendant(e)	Toilette avec aide	
Pour la prise de médicaments 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"/>				

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