

## Questionnaire médical

Nom et prénom(s): .....  
Date et lieu de naissance : .....  
Numéro(s) de téléphone: .....  
E-mail : .....  
Lieu de résidence: .....

Êtes-vous sujet à l'évanouissement? ..... Oui/ Non  
Souffrez-vous d'hypertension? - - - - - Oui/ Non  
Souffrez-vous de la pression artérielle? ..... Oui/ Non  
Êtes-vous conscient(e) d'avoir l'un des problèmes cardiaques suivants?  
-Malformation: ..... Oui/ Non  
-Remplacement de la vanne: - - - - - Oui/ Non  
-L'endocardite: ..... Oui/ Non  
-Chirurgie cardiaque:- - - - - Oui/ Non  
-Pacemaker:..... Oui/ Non  
Avez-vous déjà eu une arthroplastie de la hanche ou  
toute autre forme de membre artificiel? ..... Oui/ Non

Vous connaissez-vous des allergies?..... Oui/ Non  
Si oui, donner plus de détails s'il vous plaît:  
.....  
Avez-vous déjà subi une réaction allergique ou des effets secondaires désagréables  
suite à la prise des médicaments? ..... Oui/ Non  
Si oui, donner plus de détails s'il vous plaît:  
.....

Êtes-vous conscient(e) d'avoir l'un des problèmes suivants?  
-Diabète: ..... Oui/Non  
-Hémophilie: - - - - - Oui/Non  
-Mauvaise circulation sanguine: ..... Oui/Non  
-Problème de fonctionnement de la glande thyroïde: - - - Oui/ Non  
-Affections rhumatismales: ..... Oui/ Non  
-Problème de poumon: - - - - - Oui/ Non  
-Problème de rein: ..... Oui/ Non  
-Problème de digestion: - - - - - Oui / Non  
-Problème du système nerveux: ..... Oui/ Non  
-VIH: - - - - - Oui/ Non  
-Autre (si oui, donner plus de détails s'il vous plaît):  
.....

Prenez-vous des médicaments régulièrement?  
Si oui, donner plus de détails s'il vous plaît:  
.....  
Avez-vous déjà pris des bisphosphonates? (Zometa, Aredin, Actonel, Fosamax,  
Alendromax, Bonviva, Sedron, etc.)?  
Si oui, donner plus de détails s'il vous plaît:  
.....