

Le bilan de santé préventif de la santé revêt sur une base individuelle l'état de santé de chaque patient. L'évaluation révisé votre état de santé actuel, vos antécédents médicaux et familiaux. Il s'assure que des mesures préventives importantes sont entreprises et à jour telles que des tests Pap et des immunisations. Il offre également l'occasion de discuter de nouvelles recommandations préventives qui peuvent convenir à votre situation. L'examen physique, qui fait partie de ce bilan, est effectué en fonction de vos besoins de santé. Puisque le but de la visite porte sur la prévention et qu'une partie du temps est consacré à l'évaluation, il est possible que vous deviez prendre un autre rendez-vous pour discuter de toutes autres questions médicales non urgentes.

A Renseignements personnels				
Nom	Date de naissance	N ^o d'assurance maladie	N ^o de téléphone	
Adresse : Rue/App.		Ville	Prov.	Code postal

B Dossier personnel et social				
1. <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Couple en union libre <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Remarié(e) <input type="checkbox"/> Veuf/veuve				
2. Ménage >> <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Partenaire <input type="checkbox"/> Avec enfant(s) : indiquer le nombre ___ <input type="checkbox"/> Autres membres de la famille <input type="checkbox"/> Colocataire				
3. <input type="checkbox"/> Étudiant(e) Emploi actuel Emploi antérieur <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Retraité(e)				
4. Niveau d'éducation le plus élevé		5. A vécu la plupart du temps dans quel pays		6. Ethnicité

C Médicaments	
<input type="checkbox"/> Prise actuelle de médicaments sous ordonnance
<input type="checkbox"/> Prise actuelle de médicaments sans ordonnance
<input type="checkbox"/> Vitamines, produits à base d'herbes médicinales

D Allergies			
Souffrez-vous d'allergies? <input type="checkbox"/> Médicaments		<input type="checkbox"/> Environnement	
Si oui, spécifier lesquelles : <input type="checkbox"/> Aliments		<input type="checkbox"/> Latex	

E <input type="checkbox"/> Aucun changement depuis le rapport précédent Antécédents médicaux		
a. Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous présentement de l'une ou des maladies suivantes:	Non	Oui
1. Yeux, oreilles, nez ou gorge p. ex. : amygdales, surdité, rhume des foins, problèmes visuels, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Appareil respiratoire p. ex. : toux chronique, asthme, tuberculose, pneumonie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Système cardiovasculaire p. ex. : fièvre rhumatismale, crise cardiaque, phlébite, angine de poitrine, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Appareil digestif p. ex. : ulcère, colite, jaunisse, vésicule biliaire, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Appareil génito-urinaire p. ex. : problèmes rénaux ou vésicaux, calcul rénal, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Appareil locomoteur p. ex. : arthrite, fracture, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antécédents médicaux (cont.)

8. Peau, glandes lymphatiques, kyste, tumeur ou cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Appareil génital	Premier jour des dernières menstruations (date) : _____		
p. ex. : problème gynécologique grave, problème obstétrique, prostate, testicule, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Système endocrinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
p. ex. : diabète, glande thyroïde, etc.			
11. Système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
p. ex. : migraine, épilepsie, paralysie, etc.			
12. Santé émotionnelle/santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
p. ex. : dépression, anxiété, anorexie, boulimie, tentative de suicide, violence physique, psychologique ou sexuelle, déclin cognitif, etc.			
13. Maladies contagieuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
p. ex. : hépatite B, tuberculose, ITS, VIH, etc.			
14. Autres (Spécifiez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Avez-vous déjà subi une chirurgie ou avez-vous déjà souffert d'une blessure nécessitant une hospitalisation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

F								Antécédents familiaux	
	Maladie du cœur	Hypertension artérielle	Taux élevé de cholestérol	Diabète	Maladie mentale	Cancer		Autres (Tb, maladie congénitale, asthme, problème neurologique, ostéoporose, glaucome, etc.)	
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type: _____ Âge du diagnostic: _____	<input type="checkbox"/>	_____
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type: _____ Âge du diagnostic: _____	<input type="checkbox"/>	_____
Frères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type: _____ Âge du diagnostic: _____	<input type="checkbox"/>	_____
Sœurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type: _____ Âge du diagnostic: _____	<input type="checkbox"/>	_____
Enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type: _____ Âge du diagnostic: _____	<input type="checkbox"/>	_____

G		Style de vie	
1.	Avez-vous déjà fumé?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui >> Quantité et fréquence _____
	Avez-vous fait l'usage du tabac au cours des 7 derniers jours?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui >> Quantité et fréquence _____
	Avez-vous fait l'usage du tabac au cours des 6 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui >> Quantité et fréquence _____
2.	Consommez-vous de l'alcool?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui >> Quantité _____ Fréquence _____
3.	Consommez-vous de la drogue à usage récréatif?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui >> Type _____ Fréquence _____
4.	Consommez-vous de la caféine?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui >> Quantité _____ Fréquence _____
5.	Faites-vous de l'exercice?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui >> Type _____ Fréquence _____
6.	Avez-vous des restrictions alimentaires? _____		
7.	À quand remonte votre dernier examen dentaire? _____	À quand remonte votre dernier examen de la vue? _____	
8.	Protection solaire: Portez-vous des lunettes de soleil?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Appliquez-vous quotidiennement un écran solaire avec un FPS minimal de 30? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
			Utilisez-vous un lit de bronzage? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

I Antécédents menstruels			
1. À quel âge avez-vous commencé vos menstruations?.....	2. Nombre de grossesses.....	3. Nombre de fausses-couches.....	4. Nombre d'avortement thérapeutique.....
5. Ménopause <input type="checkbox"/> >> Âge des dernières menstruations.....			

J Antécédents sexuels			
1. Partenaires sexuels <input type="checkbox"/> Hommes <input type="checkbox"/> Femmes <input type="checkbox"/> Les deux		2. Êtes-vous actif/active sexuellement? <input type="checkbox"/> Maintenant <input type="checkbox"/> Par le passé	
3. Contraception <input type="checkbox"/> Aucune forme <input type="checkbox"/> Contraceptif oral <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> Autres >>			
4. Nombre de partenaires sexuels au cours des 60 derniers jours		5. Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois	
6. Avez-vous déjà eu un résultat de test Pap anormal? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
7. Antécédents de violence sexuelle <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		8. Antécédents d'infections transmises sexuellement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui >> Spécifiez	

K Nouveaux problèmes de santé		
Tel que mentionné précédemment, la visite d'aujourd'hui est à titre préventif. En conséquence, il est possible que nous ne puissions pas discuter de toutes vos préoccupations relatives à votre santé.		
Avez-vous de <i>nouveaux</i> problèmes de :	Non	Oui
		Détails ou autres problèmes
1. Yeux, oreilles, nez ou gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Appareil respiratoire p. ex. : toux chronique, difficultés respiratoires, asthme, bronchite fréquente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Système cardiovasculaire p. ex. : douleur thoracique, enflure des chevilles, essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Appareil digestif p. ex. : changement dans les selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Appareil génito-urinaire p. ex. : besoin d'uriner fréquemment, douleur ressentie pendant l'écoulement, besoin d'uriner la nuit, difficulté à uriner, incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Problèmes gynécologiques ou obstétriques p. ex. : menstruations douloureuses, irrégulières, abondantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Appareil locomoteur p. ex. : douleur articulaire, douleur dorsale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Seins p. ex. : douleur, bosses, écoulement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Système endocrinien p. ex. : perte de poids <i>récente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Système nerveux p. ex. : migraine, épilepsie, paralysie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Santé émotionnelle p. ex. : dépression, anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Problèmes dermatologiques p. ex. : nouveaux grains de beauté ou changement dans l'apparence des grains de beauté, antécédents de coups de soleil graves, d'éruptions cutanées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature du/de la patient(e)

Date

Signature du fournisseur

Date