



HÔPITAL FONDATION
Adolphe de ROTHSCHILD
LA RÉFÉRENCE TÊTE ET COU

BILANS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS À PARIS

Questionnaire médical

*A compléter et à nous remettre par email afin de vous proposer
l'offre la plus adaptée*

Email : international@for.paris

Tél : +33 1 48 03 63 00

ETAT CIVIL

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Adresse e-mail :

Numéro de téléphone :

MODE DE VIE

Fumez-vous ?

Oui

Non

Si oui, quoi ?

Quantité par jour :

Si arrêt, année du sevrage :

Consommez-vous des drogues ?

Oui

Non

Pratiquez-vous une activité physique ?

Oui

Non

Si oui, laquelle ?.....

A quelle fréquence ?.....

Consommez-vous des boissons
alcoolisées ?

Oui

Non

Quel type ?.....

A quelle fréquence ?

ANTECEDENTS FAMILIAUX :

Dans votre famille, avez-vous connaissance des affections suivantes ?

	Père	Mère	Fratie
Coronaropathie (angine de poitrine, infarctus du myocarde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Type : Avec ou sans insuline ?

Hypertension artérielle

Dyslipidémie, hypercholestérolémie

Maladie de Parkinson

Maladie d'Alzheimer

Maladies héréditaires graves

Laquelle ou lesquelles ?.....

Décès d'un parent ? Oui Non

Age :

Cause :

.....

MORPHOLOGIE :

Taille (m) Poids (kg)

Variation de poids récente ?

Si oui, combien de kg ?.....

Pour quelles raisons ?.....

ANTECEDENTS PERSONNELS :

Avez-vous été traité ou êtes en cours de traitement pour l'une ou plusieurs affections de la liste suivante ?
(cochez les cases correspondantes)

Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	Maladie de Ménière	<input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde/ angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	Otospongiose	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	Surdité	<input type="checkbox"/>
Fibrillation auriculaire/ troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	Sinusite	<input type="checkbox"/>
Endocardite	<input type="checkbox"/>	Cancer des voies aériennes supérieures	<input type="checkbox"/>
Asthme/ Bronchite Chronique	<input type="checkbox"/>	Hypo ou hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/>
Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/>	Adénome hypophysaire	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	Glaucome	<input type="checkbox"/>
Epilepsie/convulsions	<input type="checkbox"/>	Cataracte	<input type="checkbox"/>

Perte de connaissance	<input type="checkbox"/>	Uvéite	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	Maladie de Horton	<input type="checkbox"/>
Hémorragie méningée	<input type="checkbox"/>	Hernie discale	<input type="checkbox"/>
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	Canal lombaire rétréci	<input type="checkbox"/>
Maladie d'Alzheimer/ Démence	<input type="checkbox"/>	Algies de la face	<input type="checkbox"/>
Myasthénie	<input type="checkbox"/>	Migraines	<input type="checkbox"/>
Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>
Tumeur cérébrale	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	Insuffisance hépatique, cirrhose	<input type="checkbox"/>
Pathologies psychiatriques	<input type="checkbox"/>	Polyarthrite rhumatoïde, SPA	<input type="checkbox"/>

Avez-vous déjà subi une ou des intervention(s) chirurgicale(s) ? oui non

Si oui la(les)quelle(s) ?	Date	Complications éventuelles
.....
.....
.....
.....

Avez-vous séjourné dans un hôpital, une clinique ou une station thermale :

oui non

Si oui, pour quelles raisons ?.....

Suivi médical :

Suivez-vous un traitement ?

Oui non

Si oui, lequel ?

Médicament	Posologie – Rythme de prise

SYMPTOMES ACTUELS :

Avez-vous au cours des derniers mois, présenté l'un des symptômes suivants :

	Oui	Non
Céphalées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision double	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baisse de l'acuité visuelle, vision floue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chute de la paupière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés d'élocution, difficultés à trouver les mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paralyse d'un membre ou d'une partie du visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeur ou douleur oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baisse de l'audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges ou sensation d'instabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausées, vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crises convulsives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements anormaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malaises, perte de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la déglutition, fausses routes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blocages alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modification de la voix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs du rachis (cou, bas du dos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur d'un membre ou d'une partie de la face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essoufflement à l'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Autres symptômes non cités ci-dessus mais nécessitant d'être signalés :

.....
.....

Commentaires ou questions que vous souhaitez aborder avec le médecin-examineur ?

.....
.....
.....