CLINIQUE VICTOR HUGO-CENTRE JEAN BERNARD

RENSEIGNEMENTS NOUVEAU PATIENT

NOM ……. Prénom ……..

Situation familiale : Marié(e)☐ Pacsé(e)☐ Divorcé(e)☐ Célibataire ☐ Veuf (ve)☐

Nom et prénom d'une personne de confiance : ……Lien de parenté : ……..

Votre date de naissance …….. Age : …….

Votre poids habituel : …….

Si vous avez maigri, en combien de temps avez-vous perdu ces kilos ? ……..

Souhaitez-vous des conseils diététiques ? Oui ☐ Non ☐

Quel est votre hôpital de secteur le plus proche ? ……

A quels médecins voulez-vous que l'on écrive ? ……..

Quelle est la durée du trajet de votre domicile au Centre Jean Bernard / Clinique Victor Hugo ? ……

Avez-vous été hospitalisé(e) à l'étranger lors des 12 derniers mois ?.....Si oui, dans quel pays ?.....

I) Antécédents médicaux

Allergies :

Allergies connues Oui ☐ Non ☐
Si oui, précisez : ……..

Avez-vous déjà eu des traitements de radiothérapie ou de chimiothérapie ? Oui ☐ Non ☐

Traitements actuels : que vous prenez tous les jours

Problèmes cardio-vasculaires : (**Entourer les problèmes que vous avez**)

Hypertension, angine de poitrine, infarctus, phlébite, artérite, embolie pulmonaire,

Autres …….

Êtes-vous porteur d'un stimulateur ? (Pacemaker, pile, neuro stimulateur) Oui ☐ Non ☐

Diabète : Oui ☐ Non ☐ **Problème thyroïde :** Oui ☐ Non ☐

Problèmes respiratoires :

- Tabac : Jamais ☐ oui, arrêté ☐ depuis combien de temps : ……en cours ☐
  Combien de cigarettes /jour? ……. A quel âge avez-vous commencé à fumer ? ……

Asthme ☐ Apnée du sommeil ☐ Insuffisance respiratoire ☐ Tuberculose ☐
Bronchite chronique ☐ Autres ☐ ……

Problèmes du tube digestif :
Reflux gastrique ☐ Ulcère ☐ Problème de Pancréas ☐ Problème de Vésicule ☐
Tendance diarrhée ☐ Constipation ☐ Hémorroïdes ☐

Problèmes neurologiques : Attaque cérébrale, migraine, épilepsie etc……..

……

TOURNER ➡

Difficultés psychologiques :

Anxiété Oui ☐ Non ☐ Pensez-vous avoir un problème avec l'alcool ? Oui ☐ Non ☐

Dépression Oui ☐ Non ☐

Hospitalisations Oui ☐ Non ☐

Si oui, raison : ……..…….

Problème de douleur : Etes-vous douloureux Oui ☐ Non ☐ Localisation : ……

La douleur a-t-elle des répercutions sur votre vie quotidienne ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles ? : ……..…….

Sur cette échelle ci-dessous, cotez de 0 à 10 l'intensité de votre douleur.

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrêmement importante

Antécédents gynécologiques :

Votre âge lors des premières règles : …… Contraception : ☐ Oui, laquelle ? …… Non ☐

Votre âge lors de(s) grossesse(s) et sexe des enfants : ……

Votre âge à la ménopause : …….

Avez-vous eu un traitement hormonal de substitution ? Oui ☐ Si oui, combien de temps : …… Non ☐

Antécédents urologiques:

Avez-vous consulté pour des symptômes en rapport avec un problème de la prostate ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des crises de coliques néphrétiques ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous eu un contrôle de PSA ? Oui ☐ Non ☐

II) INTERVENTIONS CHIRURGICALES NOTABLES :

Année	Nature	Séquelles	Chirurgien

III) ANTECEDENTS FAMILIAUX : Parents vivants ☐ Parents décédés ☐ cause du décès : ……

Avez-vous connaissance d'une maladie familiale ? ……

……..….

Antécédents de cancer dans votre famille proche (Parents, enfants, oncles, tantes, cousins germains,…)

……

……

IV) CONDITIONS DE VIE :

1. Avez-vous des enfants ? Non ☐ Oui ☐ Si oui, combien ? ……..Age(s) de(s) enfants ……..……..
   Leur(s) département(s) de résidence : ……..
2. Avez-vous besoin d'une aide pour la vie quotidienne ? Oui ☐ Non ☐
3. Pouvez-vous bénéficier de l'aide d'un proche ? Oui ☐ Non ☐ Qui ? : ……
4. Vous êtes : En activité professionnelle ☐ Quel est votre métier : ……..…….
   Retraité (e) ☐ Quel était votre métier : ……
5. Avez-vous des problèmes financiers ? Oui ☐ Non ☐

   Si oui, Précisez : ……...
6. Avez-vous des emprunts en cours ? Oui ☐ Non ☐
7. Souhaitez-vous rencontrer l'assistant social de l'établissement ? Oui ☐ Non ☐
8. Souhaitez-vous bénéficier d'une aide particulière ? Psychologique ☐ Rééducation (kiné) ☐

   Relaxation/Traitement de l'anxiété ☐ Consultation douleur ☐

   Autre précisez : ……

QUELLES SONT LES QUESTIONS CONCERNANT VOTRE MALADIE AUXQUELLES VOUS SOUHAITEZ QUE LE MEDECIN REPONDE ?