

Patient Prénom: \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Date de Naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Téléphone de Maison: \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Sexe attribué à la naissance: Homme Femme

Identité de genre: Homme Femme Transgenre Homme / Femme à Homme Transgenre Femme / Homme à Femme Autre Choisir de ne pas divulguer

Orientation sexuelle: Lesbienne ou gai Hétéro (non lesbienne / non gai) Bisexuelle Autre chose  
Non connue Choisir de ne pas divulguer

Adresse: \_\_\_\_\_  
(Rue) (Ville) (Etat) (Code Postal)

Adresse Postale (Si c'est différent): \_\_\_\_\_  
(Rue) (Ville) (Etat) (Code postal)

### Rappels de rendez-vous / Confirmations / Avis spéciaux / Partage d'informations

La messagerie électronique et textuelle nous permet d'échanger efficacement des informations. Dans le même temps, nous reconnaissons que la messagerie électronique et la messagerie texte ne constituent pas un moyen de communication totalement sécurisé, car ces messages peuvent être adressés à la mauvaise personne ou mal utilisé pendant la transmission. Si vous souhaitez que nous envoyions des courriers électroniques et/ou des messages texte contenant vos informations médicales, veuillez fournir les informations suivantes pour autoriser CCHD à communiquer avec vous et avec d'autres prestataires de soins de santé pour vos soins médicaux et votre traitement.

\*\* Remplissez les éléments suivants uniquement si la correspondance par courrier électronique (email) / texte (sms) est autorisée :

Adresse email pour m'envoyer des informations: \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone pour m'envoyer des textes (sms): \_\_\_\_\_

\*Si vous préférez ne pas autoriser l'utilisation du courrier électronique / de la messagerie texte, nous continuerons d'utiliser la (U.S. Mail) ou le téléphone pour communiquer avec vous.

**VOTRE MEDECIN** \_\_\_\_\_ Dr. Royeen Dr. Curry Emily Eichelberger NP

**VOTRE DENTISTE:** \_\_\_\_\_  Dr. Watson  Dr. Lee

**Ethnicité** Non Hispanique/ Non Latino  
Hispanique/ Latino  
 Inconnu / Non reporté

**Race** Indien Américain / natif d'Alaska Asiatique  
Noir / Africain-Américain Blanc  
Plus d'une race Natif d' Hawaii  
Autres îles Pacifiques Refusé

**Statut Marital:** Célibataire Marié Séparé légalement Divorcé Veuf/ Veuve

**Êtes- vous un étudiant?** Non Oui **Vétérant?** Non Oui **Travailleur migrant?** Non Oui

**Maison:** Propriétaire En location Maison Sociale Sans domicile fixe Vit avec des Amis / Famille

**Quel est votre revenu annuel approximatif?** \_\_\_\_\_ Taille de la famille \_\_\_\_\_ Refuse de dire

**Le patient a-t-il besoin d'un interprète?** Non Oui Espagnole / Français/ Langue de signes

**Si le patient a l'âge de moins de 18 ans, le parent /le garde responsable de l'enfant a-t-il besoin de l'interpréter ?** Non Oui Espagnole / Français/ Langue de signes

**Est-ce que le patient a une procuration pour ses soins de santé / DIRECTIVE PREALABLE / ordre de Ne -Pas-Ressusciter/Tuteur décidé par le tribunal?** Non Oui \*Si oui, s'il vous plaît, fournissez nous une copie.

### CONTACT EN CAS D'URGENCE:

NOM: \_\_\_\_\_

Lien de Parenté: \_\_\_\_\_ Numéro de Téléphone: \_\_\_\_\_

1

**NOM DU PATIENT:** \_\_\_\_\_ **DATE DE NAISSANCE:** \_\_\_\_\_

**INFORMATION DE LA PARTIE RESPONSABLE** \*Personne à facturer si autre que le patient

Prénom : \_\_\_\_\_ MI:\_\_\_ Nom de Famille : \_\_\_\_\_ Suffixe : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Date de Naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexe: Mâle Femelle

Adresse : \_\_\_\_\_  
(Adresse) (Ville) (Etat) (Code Postal)

Numéro de Téléphone : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS DE L'ASSURANCE:** Cochez tout ce qui est applicable

Medicaid Allkids Medicare Assurance Privée Paiement Personnel Grille Tarifaire

Nom de l'Assuré: \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale de l'Assuré: \_\_\_\_\_ Date de Naissance: \_\_\_\_\_

Lieu de Travail: \_\_\_\_\_ Numéro Téléphone de travail: \_\_\_\_\_

Nom de **L'Assurance Médicale:** \_\_\_\_\_ Numéro de la Police: \_\_\_\_\_  
(Policy Number)

Numéro de Membre: \_\_\_\_\_ Date d'Entrée en vigueur: \_\_\_\_\_

Nom de **l'Assurance Dentaire:** \_\_\_\_\_ Numéro de la Police: \_\_\_\_\_  
(Policy Number)

Numéro de Membre \_\_\_\_\_ Date d'Entrée en vigueur: \_\_\_\_\_

Tous les patients ont le droit au traitement par la Clinique de Santé / Santé Comportementale /Dentaire de Cass County sans discrimination d'âge, de race, de religion, de sexe, d'orientation sexuelle ou de nationalité d'origine.

Les informations fournies ci-dessus sont vraies et correctes à ma connaissance.

J'accepte toute responsabilité pour les soins et traitement de ma personne/ mon enfant, et décharge la

Clinique de Santé/ Santé Comportementale /Dentaire de Cass County et son personnel de toute responsabilité pour tout résultat défavorable qui peut survenir dû à mon refus de suivre le plan de traitement recommandé.

J'autorise la Clinique de Santé/Santé Comportementale/Dentaire de Cass County à me fournir des services et à divulguer les informations nécessaires pour la facturation, traiter et recevoir le paiement de l'Assurance Médicale / Dentaire (Assurance privée, Medicare, ou Medicaid, etc.), pour les services médicaux et professionnels rendus.

**DROITS ET DEVOIRS DU PATIENT : Je comprends qu'il est de ma responsabilité de lire et de suivre les informations contenues dans cet avis. Tous les clients ont le droit au traitement par CSCC / CSSCC / CDCC, sans discrimination d'âge, de race, de couleur, de religion, d'orientation sexuelle ou de nationalité d'origine.**

**Avis de Pratiques de Confidentialité-Ma signature ci-dessous indique également qu'on m'a fourni une copie de l'Avis de Pratiques de Confidentialité du Département de Santé de Cass County.** Je comprends qu'il est de ma responsabilité de demander toutes les questions que je pourrais avoir.

**Signature du Client (ou Parent) :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Comment avez-vous entendu de nous?** Journal Ami/ famille Panneau d'affichage Radio Autre \_\_\_\_\_

**NOM DU PATIENT:** \_\_\_\_\_ **DATE DE NAISSANCE:** \_\_\_\_\_

## **RECONNAISSANCE DES POLITIQUES ET PROCEDURES**

*Merci pour avoir choisi la Clinique de Santé/ Dentaire de Cass County pour vos soins Médicaux / Santé Comportementale / Dentaires. Notre personnel accorde de l'importance à votre temps et nous espérons qu'en retour, vous accorderez de l'importance au notre. Afin de bien vous servir, nous avons les politiques suivantes pour vous, à lire et signer. Accepter ces politiques nous permettra de vous fournir des soins en temps opportun et de manière efficace.*

### **PAIEMENT**

- Tous les paiements / co-paiements pour les services fournis sont payés au moment du service.
- L'éligibilité pour les services sous Medicaid de l'Illinois sera déterminée avant le début de chaque visite.
- Vous devez apporter votre carte d'assurance actuelle à chaque rendez-vous. Si l'éligibilité ne peut pas être vérifiée, vous serez demandé de payer pour le service.
- Tous les services non couverts par Medicaid, Medicare et /ou l'Assurance Médicale / Dentaire seront votre responsabilité de payer.
- Un patient avec une dette antérieure sera demandé de contacter notre bureau de facturation pour établir un plan pour payer la totalité du montant.
- Je comprends que si mon compte est transmis à une agence de recouvrement, je serai responsable pour les coûts de recouvrement engagés.

### **GRILLE TARIFAIRE**

- Nous offrons une grille tarifaire pour permettre aux patients qui ont fourni des preuves de revenu de recevoir des services à un prix abordable. Ce que vous payer est déterminé par le revenu et la taille de la famille.
- La grille tarifaire est basée sur les lignes directives du Département de Santé des Etats Unis.

### **RENDEZ-VOUS**

- Il est de votre responsabilité de vous rappeler de votre rendez-vous. Afin, pour nous de faire un appel de courtoisie, un numéro de téléphone actuel est nécessaire. Il est de votre responsabilité de nous informer de tout changement.
- Le personnel appellera pour confirmer les rendez-vous. Vous devez répondre ou retourner l'appel dans les 24 heures qui suivent, ou votre rendez-vous sera annulé.
- Si votre numéro de téléphone est déconnecté ou n'est pas mis à jour ou votre messagerie vocale n'est pas fonctionnelle, votre rendez-vous peut être occupé par un autre patient.
- Les nouveaux patients seront demandés de venir à leur rendez-vous 30 minutes avant le début de leur rendez-vous pour remplir le formulaire de nouveau patient.

### **LE TRAITEMENT DES MINEURS**

Tous les mineurs doivent être accompagnés par un tuteur légal ou un tuteur doit donner une permission à une autre personne pour les accompagner en remplissant le formulaire de procuration exigée. En fonction du traitement à fournir, un tuteur légal peut être demandé d'être sur place pour donner un consentement éclairé, sauf dans les cas où les mineurs peuvent demander des soins dans les cas permis par l'état d'Illinois.

### **MAISON CENTREE SUR LE PATIENT**

Une maison médicale centrée sur le patient est un système de soins dans lequel une équipe de professionnels de santé travaille ensemble pour fournir tous les soins dont vous avez besoin. Nous utilisons la technologie telle que les dossiers médicaux électroniques pour communiquer et coordonner vos soins et vous fournir les meilleurs résultats possibles. Vous, le patient, est la plus importante partie d'une maison médicale centrée sur le patient. Quand vous prenez un rôle actif concernant votre santé et travaillez en étroite collaboration avec nous, vous pouvez être sûr que vous avez les soins dont vous avez besoin.

**Je comprends et je suis d'accord avec les politiques écrites ci-dessus.**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

NOM DU PATIENT: \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

**Consentement Pour Divulguer Des Informations  
A Un Membre De Famille Ou La Personne Assignée A Vos Soins**

Les noms énumérés ci-dessous sont autorisés à avoir des informations divulguées à eux par la Clinique de Santé / Santé Comportementale / Dentaire de Cass County avec le consentement ci-dessous signé.

| Nom | Lien de Parenté | Numéro de Téléphone |
|-----|-----------------|---------------------|
|-----|-----------------|---------------------|

| Nom | Lien de Parenté | Numéro de Téléphone |
|-----|-----------------|---------------------|
|-----|-----------------|---------------------|

| Nom | Lien de Parenté | Numéro de Téléphone |
|-----|-----------------|---------------------|
|-----|-----------------|---------------------|

| Nom | Lien de Parenté | Numéro de Téléphone |
|-----|-----------------|---------------------|
|-----|-----------------|---------------------|

| Nom | Lien de Parenté | Numéro de Téléphone |
|-----|-----------------|---------------------|
|-----|-----------------|---------------------|

**Signature** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

\*Ce consentement peut être suspendu à tout moment sur demande écrite.

NOM DU PATIENT: \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

Si le patient est moins de 18 ans – s’il vous plaît, complétez cette page

Ecole fréquentée

Classe \_\_\_\_\_

- A/C Elementary       A/C Jr. High       A/C HS       Beardstown HS
- Beardstown Grand       Beardstown Gard       Beardstown Jr. High       BCA
- Virginia Elementary       Virginia Jr. High       Virginia HS       Alternative School
- Pre-school or Other

- \*Est-ce que cet enfant vit dans Cass County ?     Non     Oui
- \*Est-ce que cet enfant fréquente une école dans Cass County ?     Non     Oui
- \*Est-ce que cet enfant est le frère ou la sœur d’un enfant fréquentant une école dans Cass County?     Non     Oui

Nom de Jeune Fille de la Mère : \_\_\_\_\_

Je, en tant que représentant / parent / tuteur légal de ce patient, autorise la (les) personne(s) suivante(s) à transporter, accompagner, autoriser et à consentir à tout examen radiologique, médical, dentaire, psychiatrique ou physiologique ou traitement à fournir par le personnel de CSCC / CDCC. Tous les agents de santé peuvent discuter des soins du patient avec celles indiquées ci-dessous.

|           |     |                 |             |
|-----------|-----|-----------------|-------------|
| Initiales | Nom | Lien de Parenté | # Téléphone |
|-----------|-----|-----------------|-------------|

|           |     |                 |             |
|-----------|-----|-----------------|-------------|
| Initiales | Nom | Lien de Parenté | # Téléphone |
|-----------|-----|-----------------|-------------|

|           |     |                 |             |
|-----------|-----|-----------------|-------------|
| Initiales | Nom | Lien de Parenté | # Téléphone |
|-----------|-----|-----------------|-------------|

Ce patient (12 ans et plus) peut se présenter et recevoir un diagnostic, un traitement et des instructions sans une supervision supplémentaire.

Initiales \_\_\_\_\_ Moi SEULEMENT

Initiales \_\_\_\_\_

105 ILCS 129: <http://www.ilqa.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=2935&ChapterID=17>

La loi au regard des Centres de Santé Scolaires - Exige que le CSS énumère les services disponibles, en donnant aux parents la possibilité de se retirer de certains services. Les lois sur le consentement de mineur restent toujours d'application.

Le Centre de Santé Scolaire de Cass County (CCSHC) consiste en un partenariat homogène d'agences locales de confiance dédiées à la santé et au bien-être de votre enfant. Le partenariat comprend : un médecin, une infirmière praticienne ou un adjoint au médecin, un dentiste, un hygiéniste dentaire, une infirmière et un conseiller en santé mentale ; tous sont disponibles, selon les horaires, pour fournir des soins de santé primaires, des soins dentaires, des services psychosociaux et des consultations nutritionnelles à TOUS les étudiants inscrits.

Les services disponibles peuvent inclure, mais ne sont pas limités à :

1. Examen physique, bilan de santé, dépistage des problèmes de santé ;
2. Diagnostic et traitement des maladies aiguës et des blessures ;
3. Diagnostic et prise en charge des maladies chroniques ;
4. Éducation et promotion de la santé. Des ateliers de promotion et de prévention de la santé seront organisés ;
5. Immunisations ;
6. Promotion du bien-être, y compris cessation de fumer, nutrition, gestion du poids ;
7. Soins de santé en matière de reproduction, y compris : examens gynécologiques avec frottis PAP, éducation, dépistage et traitement des MST, éducation VIH / SIDA, conseil / dépistage et services de contraception ;
8. Tests de laboratoire, y compris les cultures du prélèvement de la gorge, l'examen sanguin complet, les mono-taches, etc ;
9. Services de conseil en santé mentale ;
10. Examen dentaire et traitement ;
11. Recommandation vers d'autres agences de liaison pour des services non fournis au Centre de Santé Scolaire de Cass County (Cass County School Health Center).

410 ILCS 210/1, et seq. <http://www.ilqa.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=1539&ChapterID=35>

CONSENTEMENT PARENTAL / TUTEUR LEGAL

L'enfant susmentionné a mon consentement pour recevoir des services offerts par le Centre de Santé Scolaire de Cass County (CCSHC) situé dans le comté de Cass à Illinois, par ses fournisseurs sous contrat. J'ai été informé et bien compris l'étendue des services pouvant être fournis. Je comprends également qu'un parent, tuteur légal ou étudiant autorisé par la loi de l'Illinois à consentir pour son propre compte, a le droit de refuser tout service de soins de santé. Je comprends également que même si je suis encouragé à être présent pour les rendez-vous, ce n'est pas une exigence obligatoire et en signant ci-dessous, j'autorise le centre de santé à fournir des services à mon enfant dans son intérêt.

Je comprends en outre qu'en vertu de la loi de l'Illinois, un mineur de plus de 12 ans a la même capacité qu'un adulte à consentir à certains services de santé et qu'aucune autorisation parentale n'est requise pour de tels services.

Je consens à ce que le Centre de santé scolaire et ses partenaires collaborent à la diffusion d'informations médicales et de dossiers médicaux pertinents pour les besoins de santé de mon enfant. J'autorise en outre le Centre de Santé Scolaire de Cass County à divulguer des informations concernant le traitement de mon enfant à des tiers, partie payante, ou à d'autres personnes pour la facturation, la gestion et l'évaluation du programme conformément aux lois et règlements fédéraux et étatiques concernant la confidentialité.

Cette autorisation restera en vigueur à moins que spécifiquement révoquée par écrit.

Signature Représentant / Parent / Tuteur

Date

Signature du Patient (âgé de 12 ou plus)

Date

Rempli seulement par le Personnel :  Certification du statut du Mineur Non-Accompagné

CASS COUNTY HEALTH DEPARTMENT

CASS COUNTY HEALTH / DENTAL / BEHAVIORAL HEALTH / SCHOOL HEALTH CENTER

FRE10/18

**Cass County Health Department Authorization**  
**Departamento de Salud del Condado de Cass Autorización**  
**Cass County Health Department Authorization**

|                                      |                                  |                                 |             |              |                 |
|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------|--------------|-----------------|
| <b>Patient's Name - PLEASE PRINT</b> | <b>Patient's Date of Birth</b>   | <b>Patient's Street Address</b> | <b>City</b> | <b>State</b> | <b>Zip Code</b> |
| El Nombre del Paciente               | Fecha de Nacimiento del Paciente | La Dirección del Pacient        | Ville       | État         | Code postal     |
| Nom du Patient – LETTRE MOULÉES      | Date de naissance du patient     | Adresse du Patient              |             |              |                 |

**I hereby authorize the use or disclosure of protected health information about me as described below.**  
 Yo por la presente autorizo el uso y revelación de la información protegida de salud acerca de mí describieron como abajo.  
 Par la présente, j'autorise l'utilisation ou divulgation d'informations protégées sur ma santé tel que décrit ci-dessous.

**I authorize Cass County Health Department to disclose:**  
 Yo doy autorización al Departamento de Salud del Condado de Cass para revelar información acerca de los siguientes:  
 J'autorise le Cass County Health Department à divulguer:

- Physical / Dental Exam;** Examen Físico / Dental; Examen physique / dentaire
- TB Skin Test;** Prueba Tuberculosis; Test sur la tuberculose
- Vision / Hearing Screen;** Exam Vista/ del Oído; Test de la vue / d'audition
- Lead Screen;** Examen del Plomo; Test de plomb  **Immunization Record;** Vacunas; Carnet de vaccination
- Hemoglobin /Hematocrit test;** Cheque del hierro en su sangre; Test d'hémoglobine /hématocrite
- Appt Date & Time;** Fecha/Hora de las citas; Date de rendez-vous & Heure  **Other;** Otros; Autre: \_\_\_\_\_

**TO: (check one);** Información puede ser revelada a: (cheque uno); À: (check one)  **A-C Central School District;** Distrito de la Escuela de A-C Central  **Beardstown Christian Academy;** Escuela de Beardstown Christian Academy  **Beardstown School District;** Distrito de la Escuela de Beardstown  **Trinity Lutheran School;** Escuela de Trinity Lutheran  **Virginia School District;** Distrito de la Escuela de Virginia  **Other;** Otros; Autre \_\_\_\_\_

**The information may be used or disclosed for each of the following purposes: For the maintenance of school records / Verification of excused absences**

Esta información puede usarse y ser revelada para cada uno de los propósitos siguientes: Para conservar los registros de escuela / Para comprobar la ausencia dispensada de la escuela  
 L'information peut être utilisée ou divulguée dans le but suivant: Pour la mise à jour des dossiers scolaires /Pour la verification d'absences

**I understand that the information used or disclosed may be subject to re-disclosure by the person(s) or class of person(s) receiving it and no longer protected by the federal privacy regulations.**

Entiendo que la información usada o revelada puede ser revelado otra vez por la persona(s) o la clase de persona(s) lo recebiendo y que no protegido por las regulaciones federales de la confidencialidad.  
 Je comprends que l'information utilisée ou divulguée peut être sujet à une re-divulgation par la (les) personne(s) ou classe de(s) personne(s) recevant ces informations et ne sera plus protégé par les régulations fédérales privées.

**I understand that I may revoke this authorization by notifying the Privacy Officer in writing of my desire to revoke it. However, I understand that if I revoke this authorization, it will not have any affect on actions taken by Cass County Health Department in reliance on it before I revoked it.**

Entiendo que puedo revocar esta autorización notificando al Oficial de la Confidencialidad al escribirle de mi deseo para revocarlo. Sin embargo, yo entiendo que si revoco esta autorización, no tendrá ningún afecto en acciones tomadas por el Departamento de Salud antes de yo lo revoqué  
 Je comprends que je peux révoquer cette autorisation en avisant l'Officier sur la vie privée par écrit . Toutefois, Je comprends que si je révoque cette autorisation, il n'y aura aucune conséquence sur les actions prises par le  
 Cass County Health Department en dépendance avant révocation.

**I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment or payment or my eligibility for benefits.**

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que al negarme no afectará mi habilidad de obtener el tratamiento, ni el pago, ni mi elegibilidad para beneficios.  
 Je comprends que je peux refuser de signer cette autorisation et que mon refus de signer n'affectera pas mon abilité d'être traité ou paiement ou mon éligibilité pour avantages.

**I understand this authorization will expire on (check and complete one):**  \_\_\_\_\_,20\_\_\_\_,or  **Upon withdrawal from school or high school graduation.**

Entiendo que la autorización expirará en (cheque y completará uno):  \_\_\_\_\_,20\_\_\_\_,or  **En el acontecimiento de la graduación de la preparatoria, la terminación del nivel más alto del grado ofreció (para esos no ofreciendo graduación de la preparatoria), o dejan de asistir en la escuela.**  
 Je comprends que cette autorisation expirera (cochez et complétez): \_\_\_\_\_,20\_\_\_\_,ou  **Lors du retrait de l'étudiant (enfant) de l'école ou lors de la graduation.**

This form must be fully completed before signing  
 Esta forma debe ser completada antes de firmar  
 Ce formulaire doit être complété complètement avant d'être signé

|                                     |  |   |   |
|-------------------------------------|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Signature of Patient <b>or Legal Guardian</b><br>La Firma del Paciente o <b>Representante Personal</b><br>Signature du Patient <b>ou Gardien legal</b> | Date of Signature<br>La Fecha de la Firma<br>Date de la signature | PLEASE PRINT Name of Person Signing this Authorization <b>if not Patient</b><br>Nombre del Representante Personal(Si es aplicable)<br>Le nom de la personne qui signe cette autorisation si ce n'est pas le patient |
|-------------------------------------|--|---|---|

**QUESTIONNAIRE DE L'HISTOIRE MEDICALE****FRENCH***Toutes les questions contenues dans ce questionnaire sont strictement confidentielles et feront partir de votre dossier médical.*

|   |  |                   |
|---|--|-------------------|
| <b>NOM</b> (Nom de famille, Prénom, Autres) | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F  | Date de Naissance |
| <b>STATUT MARITAL</b>                       | <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Partenariat <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve |                   |
| <b>Docteur Précédent ou Référé :</b>        | <b>Date du dernier examen physique :</b>   |                   |

**HISTOIRE MEDICALE PERSONNELLE**

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>MALADIES INFANTILES :</b> | <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaire Aigu <input type="checkbox"/> Polio |
| <b>VACCINATIONS ET DATES</b> | <input type="checkbox"/> Grippe <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Hépatite B   |
| <b>EXAMENS DE SANTE</b>      | <input type="checkbox"/> Colonoscopie Quand/Ou : <input type="checkbox"/> Radiographie Pulmonaire Quand/Ou :   |
|                              | <input type="checkbox"/> Examen Rectal/Sang Quand/OU : <input type="checkbox"/> (ECG) Quand/ou :   |

**ENUMEREZ LES PROBLEMES MEDICAUX QUE D'AUTRES DOCTEURS ONT DIAGNOSTIQUE**

|   |     |     |  |     |     |                   |     |     |                           |     |     |
|---|-----|-----|--|-----|-----|-------------------|-----|-----|---------------------------|-----|-----|
| Diabète   | Oui | Non | Arthrite/Goutte                                    | Oui | Non | Epilepsie         | Oui | Non | Trouble de coagulation    | Oui | Non |
| Anémie  | Oui | Non | Hypertension                                       | Oui | Non | Hépatite          | Oui | Non | Cataracte                 | Oui | Non |
| Cancer  | Oui | Non | Problèmes de cœur                                  | Oui | Non | Caillots sanguins | Oui | Non | Trouble de la Thyroïde    | Oui | Non |
| Accident vasculaire cérébral(AVC)               | Oui | Non | Infections dues à une résistance aux antibiotiques | Oui | Non | Lupus             | Oui | Non | Tuberculose               | Oui | Non |
| Asthme  | Oui | Non | Maladies sexuellement transmissibles               | Oui | Non | Glaucome          | Oui | Non | Taux élevé de cholestérol | Oui | Non |
| Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique (MPOC) | Oui | Non | Insuffisance Cardiaque                             | Oui | Non | Dépression        | Oui | Non |                           |     |     |
| Autre   |     |     |  |     |     |                   |     |     |                           |     |     |

**CHIRURGIES ET HOSPITALISATION**

| Année | Liste de chirurgies | Hôpital |
|-------|---------------------|---------|
|       |                     |         |
|       |                     |         |
|       |                     |         |
|       |                     |         |
|       |                     |         |

**LISTEZ VOS MEDICAMENTS PRESCRITS, MEDICAMENTS NON-PRESCRITS, VITAMINES ET INHALATEURS**

| Nom du Médicament | Dose | Combien de fois ? | Nom du Médicament | Dose | Combien de fois ? |
|-------------------|------|-------------------|-------------------|------|-------------------|
|                   |      |                   |                   |      |                   |
|                   |      |                   |                   |      |                   |
|                   |      |                   |                   |      |                   |
|                   |      |                   |                   |      |                   |
|                   |      |                   |                   |      |                   |
|                   |      |                   |                   |      |                   |
|                   |      |                   |                   |      |                   |

**ALLERGIES (MEDICAMENTS, NOURRITURE, SAISONNIERE OU ENVIRONNEMENTALE)**

| Allergie à quoi ? | Réaction ? | Allergie à quoi ? | Réaction ? | Allergie à quoi ? | Réaction ? |
|-------------------|------------|-------------------|------------|-------------------|------------|
|                   |            |                   |            |                   |            |
|                   |            |                   |            |                   |            |

**HABITUDES SANITAIRES ET SECURITE PERSONNELLE**

|   |  |  |                                       |  |  |                              |
|---|--|--|---------------------------------------|--|--|------------------------------|
| TOUTES LES QUESTIONS CONTENUES DANS CE QUESTIONNAIRE SONT OPTIONNELLES ET SERONT GARDEES STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. |  |  |                                       |  |  |                              |
| <b>Alcool</b>   | Buvez-vous de l'alcool ?   |  |                                       |  | <input type="checkbox"/> Oui             | <input type="checkbox"/> Non |
|   | Si oui, quel genre ?   |  |                                       |  | Combien de verres par jour ?             |                              |
| <b>Caféine</b>  | Consommez-vous de la caféine?  |  |                                       |  | <input type="checkbox"/> Oui             | <input type="checkbox"/> Non |
|   | Si oui, quel genre? <input type="checkbox"/> Chocolat <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Thé <input type="checkbox"/> Soda <input type="checkbox"/> Boisson énergétique <input type="checkbox"/> Comprimé  |  |                                       |  |  |                              |
| <b>Tabac</b>  | Utilisez-vous le tabac ?   |  |                                       |  | <input type="checkbox"/> Oui             | <input type="checkbox"/> Non |
|   | <input type="checkbox"/> Cigarettes – paquets/jour   | <input type="checkbox"/> Chique- #/ jour | <input type="checkbox"/> Pipe- #/jour | <input type="checkbox"/> Cigare - #/jour |  |                              |
|   | <input type="checkbox"/> # d'années  |  |                                       |  | <input type="checkbox"/> ou année arrêté |                              |
| <b>Drogues</b>  | Consommez-vous présentement ou avez-vous déjà consommé les drogues douces ou de la rue ? Genre/Fréquence   |  |                                       |  | <input type="checkbox"/> Oui             | <input type="checkbox"/> Non |
|   | Est-ce que vous vous êtes déjà administré des drogues de la rue avec une aiguille ?  |  |                                       |  | <input type="checkbox"/> Oui             | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Tatouage</b>   | Avez-vous des Tatouages ?  |  |                                       |  | <input type="checkbox"/> Oui             | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Régime</b>   | Régime <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Faible teneur en Sel/ Sodium <input type="checkbox"/> faible teneur en matière grasse <input type="checkbox"/> autre _____ |  |                                       |  |  |                              |
| <b>Exercice</b>   | Exercice – Décrire _____   |  |                                       |  | <input type="checkbox"/> Oui             | <input type="checkbox"/> Non |

NOM (Nom de famille, Prénom, Autres) \_\_\_\_\_

Date de Naissance \_\_\_\_\_

**SYMPTOMES CONSTITUTIONNELS**

|                                 |     |     |
|---------------------------------|-----|-----|
| Mauvais état de Sante récemment | Oui | Non |
| Changement de poids récemment   | Oui | Non |
| Fatigue                         | Oui | Non |

**YEUX**

|                                       |     |     |
|---------------------------------------|-----|-----|
| Maladie / blessure au niveau des yeux | Oui | Non |
| Lunettes/lentilles de contact         | Oui | Non |
| Vision brouillée                      | Oui | Non |
| Vision double                         | Oui | Non |

**OREILLE/ NEZ/ BOUCHE/ GORGE**

|                                   |     |     |
|-----------------------------------|-----|-----|
| Perte d'audition/ Bourdonnement   | Oui | Non |
| Maux d'oreille ou écoulement      | Oui | Non |
| Problème de Sinus Chronique       | Oui | Non |
| Saignement de Nez                 | Oui | Non |
| Plaies au niveau de la bouche     | Oui | Non |
| Saignement au niveau des gencives | Oui | Non |
| Mauvaise haleine/ mauvais goût    | Oui | Non |
| Mal de gorge                      | Oui | Non |
| Glandes enflées au niveau du cou  | Oui | Non |

**CARDIOVASCULAIRE**

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Douleur à la poitrine/ angine                 | Oui | Non |
| Palpitations (Battement cardiaque irrégulier) | Oui | Non |
| Souffle court                                 | Oui | Non |
| Gonflement (œdèmes) au niveau des pieds       | Oui | Non |

**SYSTEME RESPIRATOIRE**

|                            |     |     |
|----------------------------|-----|-----|
| Toux chronique/ fréquente  | Oui | Non |
| Crache du sang en toussant | Oui | Non |
| Souffle court              | Oui | Non |
| Respiration sifflante      | Oui | Non |

**GASTRO-INTESTINAL**

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| Perte d'appétit                          | Oui | Non |
| Changement au niveau des selles          | Oui | Non |
| Nausée ou Vomissement                    | Oui | Non |
| Diarrhée fréquente                       | Oui | Non |
| Selles douloureuses/ Constipation        | Oui | Non |
| Saignement rectal/ fesses                | Oui | Non |
| Douleurs abdominales/ Brûlures d'estomac | Oui | Non |

**GENITO-URINAIRE**

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| Urine fréquemment                                      | Oui | Non |
| Brûlures /Miction (urine) douloureuse                  | Oui | Non |
| Sang dans l'urine                                      | Oui | Non |
| Incontinence (mouille les sous-vêtements)/ Egouttement | Oui | Non |
| Calculs rénaux   | Oui | Non |
| Problèmes sexuels                                      | Oui | Non |

**MUSCULO-SQUELETTIQUE**

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| Douleur Articulaire                            | Oui | Non |
| Raideur des articulations/ Gonflement          | Oui | Non |
| Faiblesse des muscles                          | Oui | Non |
| Douleur musculaire/ Crampes                    | Oui | Non |
| Douleur au niveau du dos                       | Oui | Non |
| Froideur des mains ou doigts/ pieds ou orteils | Oui | Non |

**TEGUMENTS**

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| Rougeur ou Démangeaisons                       | Oui | Non |
| Changement de la couleur de la peau            | Oui | Non |
| Changement au niveau des cheveux ou des ongles | Oui | Non |
| Varice (dilatation des veines)                 | Oui | Non |
| Grains de beauté excessifs                     | Oui | Non |
| Exposition excessive au soleil                 | Oui | Non |
| Lésions ou plaies                              | Oui | Non |

**NEUROLOGIQUE**

|                                |     |     |
|--------------------------------|-----|-----|
| Maux de tête fréquents         | Oui | Non |
| Etourdissement/ Vertiges       | Oui | Non |
| Convulsions/ Crise d'épilepsie | Oui | Non |
| Engourdissement/ Picotement    | Oui | Non |
| Tremblements                   | Oui | Non |
| Paralysie                      | Oui | Non |
| Blessure au niveau de la tête  | Oui | Non |

**PSYCHIATRIQUE**

|                                |     |     |
|--------------------------------|-----|-----|
| Perte de la mémoire/ Confusion | Oui | Non |
| Nervosité / Anxiété            | Oui | Non |
| Tristesse                      | Oui | Non |
| Insomnie/ Incapable de dormir  | Oui | Non |

**SYSTEME ENDOCRINIEN**

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| Problèmes de glande ou d'hormone                               | Oui | Non |
| Peau devient plus seche  | Oui | Non |
| Soif ou Miction (urine) excessive                              | Oui | Non |
| Avoir trop froid/ Avoir trop chaud (bouffées de chaleur, etc.) | Oui | Non |

**HEMATOLOGIQUE/ LYMPHATIQUE**

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| Guérison lente après coupures/ blessures | Oui | Non |
| Saignement/ A facilement des contusions  | Oui | Non |
| Anémie                                   | Oui | Non |
| Phlébite                                 | Oui | Non |
| Transfusions sanguines passées           | Oui | Non |
| Glandes élargies                         | Oui | Non |

**AUTRE**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |



**NOM** (Nom de famille, Prénom, Autres) \_\_\_\_\_ **Date de Naissance** \_\_\_\_\_

**HISTOIRE DE LA FAMILLE**

|         | Problèmes de Santé | Age<br><input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | Décédé |     | Cause de la mort |                       | Problèmes de Santé                                       | Age<br><input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | Décédé |     | Cause de la mort |
|---------|--------------------|---|--------|-----|------------------|-----------------------|--|---|--------|-----|------------------|
|         |                    |   | Oui    | Non |                  |                       |  |   | Oui    | Non |                  |
| Père    |                    | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F        | Oui    | Non |                  | Enfants               | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | Oui   | Non    |     |                  |
| Mère    |                    | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F        | Oui    | Non |                  | Enfants               | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | Oui   | Non    |     |                  |
| Fratrie |                    | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F        | Oui    | Non |                  | Enfants               | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | Oui   | Non    |     |                  |
| Fratrie |                    | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F        | Oui    | Non |                  | Enfants               | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | Oui   | Non    |     |                  |
| Fratrie |                    | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F        | Oui    | Non |                  | Grand-mère Maternelle | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | Oui   | Non    |     |                  |
| Fratrie |                    | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F        | Oui    | Non |                  | Grand-père Maternel   | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | Oui   | Non    |     |                  |
| Fratrie |                    | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F        | Oui    | Non |                  | Grand-mère Paternel   | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | Oui   | Non    |     |                  |
| Fratrie |                    | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F        | Oui    | Non |                  | Grand-père Paternel   | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | Oui   | Non    |     |                  |

**HOMMES SEULEMENT**

|  |                         |     |     |
|--|-------------------------|-----|-----|
| Levez-vous habituellement pour uriner pendant la nuit ?  | Si oui, # de fois _____ | Oui | Non |
| Ressentez-vous une douleur ou une brûlure en urinant ?   |                         | Oui | Non |
| Du sang dans l'urine ?   |                         | Oui | Non |
| Ressentez-vous un écoulement brûlant au niveau du pénis ?  |                         | Oui | Non |
| Est-ce que la pression de votre urine a diminuée ?   |                         | Oui | Non |
| Avez-vous eu une infection du rein, de la vessie, ou de la prostate dans les 12 derniers mois ?        |                         | Oui | Non |
| Avez-vous des problèmes à vider complètement votre vessie ?  |                         | Oui | Non |
| Un problème d'érection ou d'éjaculation ?  |                         | Oui | Non |
| Une douleur ou gonflement des testicules ?   |                         | Oui | Non |
| Date du dernier examen rectal ou de la prostate ?  |                         | Oui | Non |
| Etes-vous sexuellement actif? Si oui, avec un Mâle/une Femelle/ les deux ?- S'il vous plaît, encerclez |                         | Oui | Non |
| Avez-vous eu plus d'un/une partenaire sexuel au cours de l'année passée ?                              |                         | Oui | Non |

**FEMMES SEULEMENT**

|  |                                      |  |  |     |
|--|--------------------------------------|--|--|-----|
| Age à la première menstruation : _____ jours   | Date des dernières menstrues : _____ | vois ses menstrues chaque _____  |  |     |
| Dernier frottis cervical _____   | Où ? _____                           | Dernière Mammographie _____  | Dernier examen de la densité osseuse _____ |     |
| Nombre de grossesses _____   | Nombre de naissances vivantes _____  | Règles abondante, irrégularité, pertes légères, douleur, pertes blanches | Oui  | Non |
| Etes-vous enceinte ou allaitez-vous ?  |                                      |  | Oui  | Non |
| Avez-vous eu un D & C (Dilatation et Curetage), une hystérectomie, ou une césarienne ?   |                                      |  | Oui  | Non |
| Une infection de la voie urinaire, de la vessie, ou des reins au cours de la dernière année ?  |                                      |  | Oui  | Non |
| Du sang dans l'urine ?   |                                      |  | Oui  | Non |
| Des problèmes avec le contrôle de la miction (urine) ?   |                                      |  | Oui  | Non |
| Des bouffées de chaleur ou transpiration dans la nuit ?  |                                      |  | Oui  | Non |
| Avez-vous une tension menstruelle, douleur, ballonnement, irritabilité, ou autre symptômes pendant ou autour de la période des menstrues ? |                                      |  | Oui  | Non |
| Avez-vous connu récemment une sensibilité, grosseur des seins, ou un écoulement du mamelon ?   |                                      |  | Oui  | Non |
| Ecoulement vaginal   |                                      |  | Oui  | Non |
| Etes-vous sexuellement active ? Si oui avec un Male/ une Femelle/ les deux ?- s'il vous plaît encerclez                                    |                                      |  | Oui  | Non |
| Avez-vous eu plus d'un/une partenaire sexuel au cours de la dernière année ?   |                                      |  | Oui  | Non |