

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. Johnson Dr. Buskirk

PHARMACIE PRÉFÉRÉE: _____ @ _____

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.

NOM DU PATIENT: _____ DATE DE NAISSANCE: _____

CONTACT EN CAS D'URGENCE:

NOM: _____

Lien de Parenté: _____

Numéro de Téléphone: _____

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 : _____

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 CSSC / CDCC. Tous les agents de santé peuvent discuter des soins du patient avec celles indiquées ci-dessous.

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.

Moi SEULEMENT

Initiales

105 ILCS 129: <http://www.ilga.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.ilga.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

FRE 09/19

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

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

➤ 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: (check all that apply)
 Yo doy autorización al Departamento de Salud del Condado de Cass para revelar información acerca de los siguientes:
 (cheque todos que son aplicables)

J'autorise le Cass County Health Department à divulguer: (cochez tout ce qui s'applique)

- ✓ Physical Exam; Examen Físico; Examen physique
- ✓ Vision Screen; Exam Vista; Test de la vue
- ✓ Lead Screen; Examen del Plomo; Test de plomb
- ✓ 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
- ✓ TB Skin Test; Prueba Tuberculosis; Test sur la tuberculose
- ✓ Hearing Screen; Examen del Oído; Test d'audition
- ✓ Immunization Record; Vacunas; Carnet de vaccination
- ✓ Other; Otros; Autre: _____

➤ TO: (check one); Información puede ser revelada a: (cheque uno); A: (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 recibiendo 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 or Legal Guardian La Firma del Paciente o Representante Personal Signature du Patient ou Gardien legal	Date of Signature La Fecha de la Firma Date de la signature	PLEASE PRINT Name of Person Signing this Authorization if not Patient Nombre del Representante Personal(SI es aplicable) 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.

NOM (Nom de famille, Prénom, Autres)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de Naissance
STATUT MARITAL	<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	
Docteur Précédent ou Référé :		Date du dernier examen physique :

HISTOIRE MEDICALE PERSONNELLE

MALADIES INFANTILES :	<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
VACCINATIONS ET DATES	<input type="checkbox"/> Grippe <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Hépatite B
EXAMENS DE SANTE	<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.

Alcool	Buvez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si oui, quel genre ?	Combien de verres par jour ?
Caféine	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	
Tabac	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
Drogues	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
Tatouage	Avez-vous des Tatouages ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Régime	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 _____	
Exercice	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
Froidure 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
Paralyisie	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 sèche	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	Décédé		Cause de la mort		Problèmes de Santé	Age	Décédé		Cause de la mort
			Oui	Non					Oui	Non	
Père		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non		Enfants		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non	
Mère		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non		Enfants		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non	
Fratie		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non		Enfants		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non	
Fratie		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non		Enfants		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non	
Fratie		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non		Grand-mère Maternelle		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non	
Fratie		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non		Grand-père Maternel		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non	
Fratie		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non		Grand-mère Paternel		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non	
Fratie		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Oui	Non		Grand-père Paternel		<input type="checkbox"/> M <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 _____	
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