

**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 .... / .... / ....

Votre poids habituel : .....

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

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

A quels médecins voulez-vous que nous écrivions ? .....

Quelle est la durée du trajet de votre domicile au Centre Mallet-Proux ? .....

Avez-vous été hospitalisé(e) à l'étranger lors des 12 derniers mois ? Oui  Non

Si oui, dans quel pays ? .....

**Antécédents médicaux**

Allergies : Allergies connues

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** :

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  Autre : .....

**Problèmes du tube digestif** :

Reflux gastrique  Tendance diarrhée  Problème de Pancréas

Problème de Vésicule  Ulcère  Constipation  Hémorroïdes

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

.....

**Difficultés psychologiques :**

Anxiété                      Oui                       Non

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

Dépression                      Oui                       Non

Hospitalisations                      Oui                       Non

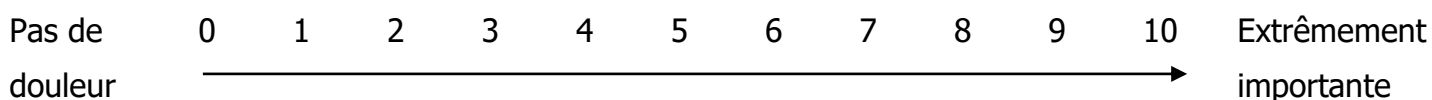
Si oui, raison : .....

**Problème de douleur :** Etes-vous douloureux Oui  Non  Localisation : .....

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

Si oui, lesquelles ? : .....

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



**Antécédents gynécologiques :**

Votre âge lors des premières règles : .....                      Votre âge à la ménopause : .....

Contraception :  Oui, laquelle ? .....                      Non

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

Avez-vous eu un traitement hormonal de substitution ?    Oui  Non

Si oui, combien de temps : .....

**Antécédents urologiques:**

Avez-vous consulté pour des symptômes lié à 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

**INTERVENTIONS CHIRURGICALES NOTABLES :**

Année	Nature	Séquelles	Chirurgien

**ANTECEDENTS FAMILIAUX :**

Avez-vous connaissance d'une maladie familiale ? Oui  Non

Si oui, laquelle : .....

Avez-vous connaissance d'antécédents de cancer dans votre famille proche (Parents, enfants, oncles, tantes, cousins germains,...)    Oui  Non  Si oui, lesquelles : .....

**QUELLES SONT LES QUESTIONS AUXQUELLES VOUS SOUHAITEZ QUE LE MEDECIN REPONDE ?**