

Questionnaire Pré-Consultation

À remplir avant votre rendez-vous

Questionnaire médical pré-consultation

Merci de remplir ce questionnaire avant votre rendez-vous. Il permettra au neurologue de préparer votre consultation.

État civil

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____ Sexe : M / F

Adresse : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Médecin traitant : Dr _____

Adressé(e) par : Dr _____

Motif de consultation

Décrivez le motif principal de votre consultation :

Depuis quand ? _____

Antécédents médicaux

Hypertension Diabète Cholestérol Tabac

AVC Épilepsie Migraine Dépression

Cancer (type : _____) Maladie cardiaque

Chirurgie (précisez : _____)

Autres : _____

Antécédents familiaux neurologiques

Migraine Épilepsie Parkinson Alzheimer

Sclérose en plaques AVC

Autres : _____

Traitements en cours

1. _____ Dose : _____ Depuis : _____

2. _____ Dose : _____ Depuis : _____

3. _____ Dose : _____ Depuis : _____

4. _____ Dose : _____ Depuis : _____

5. _____ Dose : _____ Depuis : _____

Allergies

Aucune allergie connue

■ Allergie(s) : _____

Mode de vie

Profession : _____

Alcool : ■ Non ■ Occasionnel ■ Régulier

Tabac : ■ Non ■ Oui, _____ cigarettes/jour

Activité physique : ■ Sédentaire ■ Modérée ■ Active

Cabinet MA Neuro — Les informations contenues dans ce document sont données à titre informatif et ne remplacent pas une consultation médicale.