

Questionnaire médical

Données personnelles

Nom	Prénom	Sexe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin
Email		Êtes-vous enceinte ?
<input type="text"/>		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Poids	Taille	Compte facebook
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance		
<input type="text"/>		

Veuillez s'il vous plaît cocher la case correspondante

Maladies du foie et du pancréas

Hépatite

Autres

Diabète

Oui Non

Insuline

Médicaments ?

Cancer

Oui Non

Quels organes

Opéré Radiothérapie Chimiothérapie

Si oui

de

à

Allergies

Oui Non

Si oui, quoi ?

Rhumatismes articulaires

Oui Non

Troubles respiratoires

Asthme Emphysème

Si oui, quand ?

Avez-vous déjà eu une thérapie cellulaire ?

Oui Non

Si oui, quand ?

Si oui, où ?

Maladie de la glande thyroïdienne ?

Oui

Si oui, laquelle ?

Troubles cardiaques

infarctus

Date

Stent Angine de poitrine Tension artérielle

Infections

VIH Tuberculose

Si oui, quand ?

Autres infections

Vos habitudes

Fumez-vous ?

Oui Non

Consommation d'alcool ?

Oui Non

Si oui, quantité par jour en dl ?

Autres maladies

Prenez-vous des médicaments ?

Oui Non

Si oui, nom du médicament