

VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS COCHÉES PAR LE MÉDECIN

- Avez-vous pu identifier vos troubles à l'autre côté de cette page ? (x) Oui, complètement (y) Non, en partie seulement (z) Pas du tout

	A	B	C	D	E	
1	<input type="checkbox"/> Depuis combien de temps constatez-vous ces troubles chez vous/chez votre enfant ?	<input type="checkbox"/> Avez-vous ou l'enfant des troubles permanentes ?	<input type="checkbox"/> Avez vous eu/l'enfant a-t-il eu déjà eu des troubles semblables ?	<input type="checkbox"/> Prenez vous/ l'enfant prend-il des médicaments ?	<input type="checkbox"/> Etes vous enceinte ?	1
2	... jours	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	2
3	... heures	<input type="checkbox"/> Non, par moments	<input type="checkbox"/> Oui, été traités par un médecin	<input type="checkbox"/> Oui, prescrits par un médecin	<input type="checkbox"/> Non	3
4		<input type="checkbox"/> Non, seulement une fois	<input type="checkbox"/> Oui, n'ont pas été traités par un médecin	<input type="checkbox"/> Oui, achètes par moi-même	<input type="checkbox"/> Possible	4
5						5
6	USAGE DE MÉDICAMENTS	<input type="checkbox"/> Quels médicaments prenez - vous ?	<input type="checkbox"/> Antibiotique/pénicilline	<input type="checkbox"/> Laxatifs	<input type="checkbox"/> Diurétiques	6
7		<input type="checkbox"/> Somnifères	<input type="checkbox"/> Pilule contraceptive	<input type="checkbox"/> Médicament pour le coeur	<input type="checkbox"/> Anticoagulants	7
8		<input type="checkbox"/> Tranquillisant	<input type="checkbox"/> Hormones	<input type="checkbox"/> Antidouleur	<input type="checkbox"/> Hypotenseur	8
9			<input type="checkbox"/> Cortisones	<input type="checkbox"/> Insuline		9
10	ALCOOL, TABAC&DROGUE	<input type="checkbox"/> Quand vous prenez un de ces produits indiquez combien par jour	...cigarettes	... verres d'alcool	...cigarettes de canabis	10
11			...cigares		...gram de cocaïne	11
12			...pipe		...gram d' héroïne	12
13	MALADIES DE FAMILLE	<input type="checkbox"/> Indiquez parmi les maladies suivantes, celles dont souffrent vos proches parents:	<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Calculs biliaires/rénaux	<input type="checkbox"/> Rhumatismes	13
14			<input type="checkbox"/> Bronchite	<input type="checkbox"/> Maladies du sang	<input type="checkbox"/> Maladies mentales/des nerfs	14
15			<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle		15
16			<input type="checkbox"/> Ulcère stomacal	<input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/> Cancers	16
17			<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Congestion cérébrale	<input type="checkbox"/> Allergies	17
18	PASSÉ MÉDICAL	<input type="checkbox"/> Si vous souffrez actuellement de l'une des maladies mentionnées, cochez la case correspondante :	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Congestion cérébrale	<input type="checkbox"/> Jaunisse	18
19			<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Hémopathie	<input type="checkbox"/> Paludisme	19
20			<input type="checkbox"/> Calculs rénaux	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Maladie a virus tropical	20
21			<input type="checkbox"/> Calculs biliaires	<input type="checkbox"/> Maladie de la glande thyroïde	<input type="checkbox"/> Contamination VHI	21
22			<input type="checkbox"/> Rhumatismes aigus	<input type="checkbox"/> Maladie de foie		22
23		<input type="checkbox"/> Si vous avez eu l'une des maladies ci-dessous dans le passé, indiquez en quelle année :	<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Bronchite	<input type="checkbox"/> Avez-vous jamais subi une opération ?	23
24			<input type="checkbox"/> Hémophilie	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Non	24
25			<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Ulcère de l'estomacal	<input type="checkbox"/> Oui, en	25
26			<input type="checkbox"/> Maladie de coeur	<input type="checkbox"/> Entérite	...	26
27			<input type="checkbox"/> Angine de poitrine			27
28	TROUBLES ANTÉRIEURS SEMBLABLES	<input type="checkbox"/> Quels ont été les résultats du traitement antérieur ?	<input type="checkbox"/> En quoi consistait le traitement ?	<input type="checkbox"/> Avez-vous ces troubles en permanence depuis leur première apparition ?		28
29		<input type="checkbox"/> Guérison complète	<input type="checkbox"/> Opération			29
30		<input type="checkbox"/> Amélioration	<input type="checkbox"/> Médicament	<input type="checkbox"/> Oui		30
31		<input type="checkbox"/> Aggravation	<input type="checkbox"/> Rayons	<input type="checkbox"/> Non, n' ont pas réapparus		31
32		<input type="checkbox"/> Le traitement n'a rien changé	<input type="checkbox"/> Kinésithérapie	<input type="checkbox"/> Non, seulement par moments		32
33			<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Uniquement au cours d'une saison spécifique		33
34						34
35	CE QUI A UNE INFLUENCE SUR LES SYMPTÔMES	<input type="checkbox"/> A quel moment les symptômes s'améliorent ou s'aggravent ?	Position	Disposition mentale	Fonction	35
36			plus mal ça va mieux	plus mal ça va mieux	plus mal ça va mieux	36
37		Moment	<input type="checkbox"/> En repos	<input type="checkbox"/> Tension nerveuse	<input type="checkbox"/> Sommeil	37
38		plus mal ça va mieux	<input type="checkbox"/> Couché	<input type="checkbox"/> Nervosité	<input type="checkbox"/> Selles	38
39		<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Assis le dos droit	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Boire	39
40		<input type="checkbox"/> Midi	<input type="checkbox"/> Incliné en avant	Temperature	<input type="checkbox"/> Marcher	40
41		<input type="checkbox"/> Soir		<input type="checkbox"/> Chaleur	<input type="checkbox"/> Bouger	41
42		<input type="checkbox"/> Nuit		<input type="checkbox"/> Froid	<input type="checkbox"/> Faire des efforts	42
43	RÉACTION ALLERGIQUE	<input type="checkbox"/> En cas d'allergie, cochez dans la case correspondante.	<input type="checkbox"/> à un médicament spécifique: nom.....	<input type="checkbox"/> Aux antibiotiques	<input type="checkbox"/> Aux anesthésies	43
44				<input type="checkbox"/> Aux substances contrastantes	<input type="checkbox"/> Aux alimentations spécifiques	44
45	DOULEUR	<input type="checkbox"/> Quelle douleur ressentez-vous ?	<input type="checkbox"/> Aiguë	<input type="checkbox"/> La douleur se propage-t-elle ?	<input type="checkbox"/> Mâchoire	45
46		<input type="checkbox"/> Etouffante	<input type="checkbox"/> Crampes	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Bras	46
47		<input type="checkbox"/> Diffuse	<input type="checkbox"/> Brûlures	<input type="checkbox"/> Oui, vers la gauche:.....	<input type="checkbox"/> Cou	47
48		<input type="checkbox"/> Cuisante	<input type="checkbox"/> Oppressante	<input type="checkbox"/> Oui, vers la droite:.....	<input type="checkbox"/> Fesse	48
49		<input type="checkbox"/> Lancinante		<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Jambe	49
50	ÉTAT PSYCHOSOCIAL	<input type="checkbox"/> Vous sentez-vous déprimé à tel point que plus rien ne vous fait plaisir ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Avez-vous de gros problèmes ?	<input type="checkbox"/> Oui, dans la famille	50
51			<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, d'ordre financier	51
52				<input type="checkbox"/> Oui, avec mon partenaire		52
53	ÉTAT GENERAL	<input type="checkbox"/> Indiquez si quelque chose a changé dans:	<input type="checkbox"/> Avez-vous maigri spontanément ?	<input type="checkbox"/> Dormez-vous bien ?	<input type="checkbox"/> Etes-vous souvent malade ?	53
54		<input type="checkbox"/> l'aspect et la régularité de vos selles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	54
55		<input type="checkbox"/> l'aspect et la régularité de vos urines	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	55
56						56
57	GROSSESSE ANTÉRIEURE	<input type="checkbox"/> Avez-vous déjà été enceinte ?	<input type="checkbox"/> Cochez la mention utile:	<input type="checkbox"/> Avez-vous eu des problèmes de santé en raison de votre grossesse ?	<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques	57
58		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Enfant mort-né		<input type="checkbox"/> Hypertension	58
59		... fois	<input type="checkbox"/> Fausse couche	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Diabète	59
60			<input type="checkbox"/> Accouchement prématuré	<input type="checkbox"/> Problèmes de reins	<input type="checkbox"/> Hémorragies	60
61			<input type="checkbox"/> Jumeaux, triplés ou plus		<input type="checkbox"/> Toxémie	61
62	COEUR ET RESPIRATION	<input type="checkbox"/> Avez vous eu aussi d'autres symptômes accompagnant les troubles?	<input type="checkbox"/> Fourmillements dans les doigts	<input type="checkbox"/> Suffocation	<input type="checkbox"/> Evanouissements	62
63		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Raideur des doigts ou des bras	<input type="checkbox"/> Nausée	<input type="checkbox"/> Transpiration	63
64			<input type="checkbox"/> Raideur autour de la bouche	<input type="checkbox"/> Douleurs aiguës de la poitrine	<input type="checkbox"/> Troubles de la vue	64
65	DIGESTION	<input type="checkbox"/> Quand se présentent les troubles ?	<input type="checkbox"/> Surtout la nuit	<input type="checkbox"/> Après les repas		65
66		<input type="checkbox"/> Continuellement	<input type="checkbox"/> Ayant l'estomac vide	<input type="checkbox"/> Après avoir mangé certains aliments		66
67	MENSTRUATION	<input type="checkbox"/> Quand vos dernières règles ont-elles cessé ? il-y-a:	... jours	<input type="checkbox"/> La régularité ou durée de vos règles a-t-elle changé ?	<input type="checkbox"/> Oui	67
68					<input type="checkbox"/> Non	68
69	CONTRACEPTION	<input type="checkbox"/> Prenez vous la pilule ou utilisez-vous un stérilet?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> La pilule depuis:.....	<input type="checkbox"/> Un stérilet depuis:....	69
70				... mois	... mois	70
71	VACCINATIONS	<input type="checkbox"/> Quelles vaccinations eu ?	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Rubéole	71
72		<input type="checkbox"/> Diphthérie	<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Rougeole	72