

## Questionnaire Préalable à la consultation

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

ANTECEDENTS FAMILIAUX	Lien de parenté	Age d'apparition
Hypertension		
Diabète		
Hypercholestérolémie		
Angine de poitrine		
Infarctus myocarde		
Trouble du rythme		
Décès subit		
Surcharge pondérale		

ANTECEDENTS PERSONNELS	Depuis	Traitement oui / non
Hypertension		
Tabac (dépendance)		
Alcool (dépendance)		
Diabète		
Chirurgie cardiaque		
Angine de poitrine		
Infarctus myocarde		
Cholestérol HDL		
Cholestérol LDL		
Prothèses		
Stimulateur cardiaque		
Trouble du rythme cardiaque		

**VACCINATIONS** à jour ? Tétanos, Polio, Coqueluche, Diphtérie, etc. apporter votre carnet de vaccination.

**TRAITEMENTS** en cours ? Apporter vos ordonnances.

Document confidentiel à remettre à votre médecin.

