



QUESTIONNAIRE D'ADMISSION DU PATIENT

Bienvenue dans notre cabinet d'infectiologie!

Pour mieux cibler vos besoins et par des raisons administratives, nous vous remercions de bien vouloir prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire. Ce questionnaire sur votre santé nous sera nécessaire pour vous conseiller et vous suivre. Nous vous prions d'écrire en majuscules. Merci!

Raison de votre visite / symptômes:

Nom / Prénom: _____

Sexe: () masc. () fém. () div. Taille: _____ cm Poids: _____ kg

Date de naissance: _____ Nationalité: _____

Rue / Numéro: _____

Code postal / ville: _____

Téléphone domicile: _____ professionnel: _____

Portable: _____ Mail: _____

Médecin traitant (Adresse): _____

Suivez-vous un autre traitement ? (Nom du médecin, spécialité):

Nous avons besoin de votre permission pour envoyer des informations ou fournir des renseignements téléphoniques à vos médecins traitants. J'autorise les collaborateurs des services d'Infectiologie de Fribourg à lever leur secret médical devant ces médecins (veuillez indiquer leur nom):

Médecin traitant: _____

Qui de vos Parents / Amis/ Partenaires a le droit de recevoir des informations médicales vous concernant?

Nom: _____ Téléphone: _____

Nom: _____ Téléphone: _____

Nom: _____ Téléphone: _____

Nom: _____ Téléphone: _____



QUESTIONNAIRE D'ADMISSION DU PATIENT

- Documents à envoyer **seulement** à mon médecin traitant
 Documents à envoyer également à l'adresse indiquée sur ma carte d'assurance sociale

Situation familial

- célibataire veuf / veuve divorcé / séparé
 marié concubinage

Enfants: non oui – Nombre: _____

Emploi: _____

- employé prof. liberal / independant chercheur d'emploi
 plein temps temps partiel retraité

Handicaps: non oui – degré: _____ %

Type de Handicap: _____

Comment avez-vous eu notre adresse ? Qui vous a conseillé de vous adresser à nous ?

- Internet (moteur de recherche) Journaux Partenaire / Ami / Connaissance
 Médecin traitant l'Hôpital Aide SIDA
 Service d'hygiène ONG autre: _____

Information sur d'autres maladies éventuelles

	Oui	Non
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taux de Cholestérol élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie rhumatologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie gastroentérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie des reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie du système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



QUESTIONNAIRE D'ADMISSION DU PATIENT

Souffrez-vous d'allergies (Rhume des foins, à certains médicaments etc.)? Si oui, lesquelles: _____

Opérations / hospitalisation: _____

Y a-t-il des maladies héréditaires dans votre famille (ex. crise cardiaque, hypertension, diabète, cancer etc.):

Suivez-vous en ce moment un traitement médical?

(«pilules» et médicaments sans ordonnance médicale. Vitamine, complément alimentaire, etc.)

	matin	après-midi	soir	nuit
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____

Fumez-vous? Non Oui Quantité/jour: _____

Consommez-vous de l'alcool? Non Oui Quantité/jour: _____

Consommez-vous de la drogue? Non Oui Quantité/jour: _____

Souhaitez- vous que nous vous rappelions vos rendez-vous?

- Non
- Oui, par voie postale
- Oui, par mail
- Oui, par téléphone

Place / date: _____ Signature: _____