



# 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: ( ) masculin ( ) féminin 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. _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____

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: \_\_\_\_\_