

## QUESTIONNAIRE PRÉ-CONSULTATION

- ◆ **Identification** : Prénom et nom : \_\_\_\_\_  
Emploi : \_\_\_\_\_  
Âge : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ # de grossesse antérieure : \_\_\_\_\_
- ◆ **Raison de la consultation** : \_\_\_\_\_
- ◆ **Veillez identifier votre ou vos principales attentes** : \_\_\_\_\_
- ◆ **Quels produits utilisez-vous pour les soins de votre visage** : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

◆ **Allergies médicamenteuses et/ou alimentaires** : \_\_\_\_\_

◆ **Antécédents** : (*encercler*)

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. <b>Médicaux</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Asthme</li><li>Diabète</li><li>Hypertension artérielle</li><li>Problème de coagulation</li><li>Problème de saignement</li><li>Thrombophlébite</li><li>Maladie cardiaque</li><li>Cancer du sein personnel</li><li>Cancer du sein dans la famille</li><li>Souffle cardiaque connu</li><li>Apnée du sommeil</li><li>Autres : _____</li></ul> | <p>3. <b>Médicaments</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Aspirine-entrophén</li><li>Anovulant-pilule</li><li>Hormones</li><li>Coumadin</li><li>Cortisone prise actuellement</li><li>Cortisone prise dans les derniers mois</li><li>Vitamine E</li><li>Produits naturels</li><li>Autres : _____</li></ul> |
|---|--|

2. **Chirurgicaux** :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

◆ **Habitudes** :

Consommation tabac ?      NON      OUI      combien/jour ? \_\_\_\_\_

Consommation alcool ?      NON      OUI      combien/jour ? \_\_\_\_\_

◆ **Êtes-vous enceinte ?**      OUI      NON

---

**De quelle façon avez-vous entendu parler du Dre Isabelle C. Gagnon ?**

Nom du médecin référant : \_\_\_\_\_

Nom de la clinique : \_\_\_\_\_

Amis ou parents nom : \_\_\_\_\_

Journal : \_\_\_\_\_      Pages jaunes      Internet

Autres : \_\_\_\_\_

**Date** : \_\_\_\_\_

**Signature** : \_\_\_\_\_