

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*)

1. **Médicaux** :

Asthme
Diabète
Hypertension artérielle
Problème de coagulation
Problème de saignement
Thrombophlébite
Maladie cardiaque
Cancer du sein personnel
Cancer du sein dans la famille
Souffle cardiaque connu
Apnée du sommeil
Autres : _____

3. **Médicaments** :

Aspirine-entrophén
Anovulant-pilule
Hormones
Coumadin
Cortisone prise actuellement
Cortisone prise dans les derniers mois
Vitamine E
Produits naturels
Autres : _____

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 Livia Montalin ?

Nom du médecin référant : _____

Nom de la clinique : _____

Amis ou parents nom : _____

Journal : _____ Pages jaunes Internet

Autres : _____

Date : _____

Signature : _____

