

QUESTIONNAIRE D'INCLUSION PATIENTS

PATIENT

1. PARTIE ADMINISTRATIVE ET MÉDICALE

AUTO-REPLISSAGE PAR LE PATIENT SI POSSIBLE

RENSEIGNEMENTS

M. Mme **Nom** _____ **Prénom** _____

Adresse _____

Âge _____ Profession _____

Tél. domicile _____ Portable _____

e-mail _____

Nom et prénom téléphone de la personne de confiance et/ou référent familial

Quelles langues parlez-vous ? _____

AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

Maladies cardiaques (infarctus, hypertension...) Oui Non

Précisez _____

Maladies pulmonaires (infections, essoufflement...) Oui Non

Précisez _____

Problèmes digestifs (maux de ventre, troubles digestifs...) Oui Non

Précisez _____

Problèmes neurologiques (troubles de la mémoire, paralysie...) Oui Non

Précisez _____

Troubles de l'audition, de la vision, de la marche Oui Non

Précisez _____

Problèmes de peau Oui Non Précisez _____

Problèmes nerveux Oui Non Précisez _____

Autres maladies Oui Non Précisez _____

Prenez-vous un traitement ? Oui Non Précisez _____

Allergies connues Oui Non Précisez _____

Avec votre consentement, les données personnelles communiquées dans ce questionnaire seront partagées avec d'autres professionnels de santé de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Ouest Gironde dans le respect du secret médical.

Lu et approuvé, le _____ / _____ / _____

2. PARTIE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

INFORMATIONS EN COMPLÉMENT DE L'AUTO-REEMPLISSAGE DU PATIENT

ALD : OUI NON

Cardiopulmonaire : dyspnée / douleur thoracique / toux ou infections pulmonaires récurrentes / œdèmes

Digestif : diarrhée ou constipation / douleurs/ saignements

Neurologique : troubles mémoire / trouble de la marche / déficit d'un membre

Troubles de l'audition, de la vision, de la marche

Cutanées : plaies / œdèmes / lésions

Psychiatrique : troubles humeur / éléments délirants