

QUESTIONNAIRE D'INCLUSION PATIENTS sans Médecin traitant

AUTO-REEMPLISSAGE 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 _____ / _____ / _____

Merci de demander à un professionnel de santé de proximité (pharmacien, infirmier, médecin...) d'envoyer le questionnaire à l'adresse mail : cpts.ouestgironde.33@na.mssante.fr

Pour toute question relative à la protection de vos données ou pour exercer vos droits, vous pouvez vous adresser à la CPTS Ouest Gironde par mail : cptsouestgironde@gmail.com ou en téléphonant au **06 51 36 73 45**.

PATIENT

PARTIE MÉDECIN

INFORMATIONS EN COMPLÉMENT DE L'AUTO-REPLISSAGE DU PATIENT

ALD : OUI NON

Symptômes principaux

Examen clinique

Constantes : poids, tension artérielle, pouls

Synthèse

MÉDECIN