

Questionnaire médical

Veillez remplir **complètement** et soigneusement ce questionnaire afin que nous puissions mieux vous soigner. Il est strictement confidentiel.

Si vous bénéficiez de la **C2S** ou de l'**AME** vous devrez **obligatoirement** présenter une attestation papier à jour. Sans quoi la consultation pourra être reportée.

NOM (suivi du nom de jeune fille) : Profession :
Prénom : Téléphone :
Date de naissance : Adresse e-mail :
Adresse : Caisse primaire :
CP : Ville : Mutuelle :

Coordonnées du médecin traitant :
Par qui a été recommandé notre cabinet :

Actuellement :

Etes-vous enceinte ? Oui Non Allaitiez-vous ? Oui Non
Fumez-vous ? Oui Non Si oui, indiquez le nombre de cigarettes par jour :

Avez-vous été ou êtes-vous atteint.e d'une ou des affections suivantes ? *Merci de préciser*

Oculaires :	Générales :	
<input type="radio"/> Glaucome	<input type="radio"/> Diabète <input type="radio"/> Type 1 <input type="radio"/> Type 2	<input type="radio"/> Trouble de la coagulation :
<input type="radio"/> DMLA, dégénérescence maculaire	<input type="radio"/> Hypertension artérielle	<input type="radio"/> Trouble neurologique :
<input type="radio"/> Kératocône	<input type="radio"/> Asthme	<input type="radio"/> Autre :
<input type="radio"/> Strabisme	<input type="radio"/> Cholestérol
<input type="radio"/> Décollement de rétine	<input type="radio"/> Affection thyroïdienne :
<input type="radio"/> Daltonisme	<input type="radio"/> Affection cardiovasculaire :
<input type="radio"/> Autre :

L'un des membres directs de votre famille est-il atteint d'une ou des affections oculaires suivantes ?

<input type="radio"/> Glaucome	<input type="radio"/> Décollement de rétine
<input type="radio"/> DMLA, dégénérescence maculaire	<input type="radio"/> Daltonisme
<input type="radio"/> Kératocône	
<input type="radio"/> Strabisme	<input type="radio"/> Autre :

Avez-vous été opéré.e ?

1. Des yeux :

<input type="radio"/> Strabisme	<input type="radio"/> Rétine (décollement du vitré, décollement de rétine, membrane, trou maculaire, ...)	<input type="radio"/> Appareil lacrymal
<input type="radio"/> Glaucome	<input type="radio"/> Greffe de cornée	<input type="radio"/> Paupières : <input type="radio"/> Esthétique <input type="radio"/> Autres
<input type="radio"/> Chirurgie réfractive		<input type="radio"/> Autre :
<input type="radio"/> Cataracte		

2. Hors ophtalmologie : *Précisez*

Avez-vous des allergies ou intolérances ? Oui Non

Si oui, indiquez lesquelles :

Traitements en cours (nom des médicaments) :

Général :
Oculaire :

Autres éléments à signaler :

En signant la présente je reconnais avoir été informé.e de la réglementation RGPD et déclare y consentir.

Fait à : Date : Signature :