



Ce questionnaire comporte 3 parties:

Partie 1: Renseignements généraux

Partie 2: Antécédents médicaux de la femme

Partie 3: Antécédents médicaux de l'homme (à remplir au besoin)

Veuillez donner le plus de détails avec le plus d'exactitude possible quand vous fournissez les renseignements requis car ces données feront partie de votre dossier médical. Merci.

Renseignements Généraux

Patiente:

Prénom: _____ **Nom de famille** _____ **Âge** _____

Date de naissance (JJ/MM/AA) ____/____/____ Occupation _____

Numéro d'assurance maladie _____
(Remarque: les patients du Québec doivent payer le médecin directement)

Adresse _____ Ville _____

Province/État _____ Code Postal _____ Pays _____

N° de téléphone (maison) _____ (travail) _____ (cellulaire) _____

À quel numéro (s'il y en a un) vaut-il mieux laisser un message? _____

Patient, conjoint ou Partenaire

Prénom: _____ **Nom de famille** _____ **Âge** _____

Date de naissance (JJ/MM/AA) ____/____/____ Occupation _____

Numéro d'assurance maladie _____
(Remarque: les patients du Québec doivent payer le médecin directement)

Adresse _____ Ville _____

Province/État _____ Code Postal _____ Pays _____

N° de téléphone (maison) _____ (travail) _____ (cellulaire) _____

À quel numéro (s'il y en a un) est-il préférable de laisser un message?

Quel médecin vous envoie?

Nom _____

Adresse _____ **N° de téléphone** _____ **Fax** _____