

Historique des maladies, traitements et prises de médicaments de:

Nom

Prénom

Quelles maladies et opérations avez-vous eues jusqu'ici? (dans l'ordre chronologique)

Date

Maladies/Opérations

Date

Maladies/Opérations

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Quels médicaments prenez-vous aujourd'hui, ou avez-vous pris par le passé ? (inclure les médicaments sans ordonnance, remèdes homéopathiques et pilules contraceptives):

Quels traitements ou thérapies suivez-vous aujourd'hui, ou avez-vous suivis par le passé ?

Quelles maladies ont, ou ont eues, vos parents, grand-parents, arrière-grand-parents, oncles, tantes, frères et soeurs, ainsi que vos enfants ? Pour ceux qui ne vivent plus, de quoi sont-ils décédés? Prenez particulièrement en considération les maladies suivantes:

Asthme, allergies, rhume des foins, épilepsie, maladies de la peau, des organes génitaux, psychologiques, du coeur, des reins, de la vessie, rhumatismes, arthrose, goutte, varices, cancer, leucémie, goître, tumeurs, kystes, myomes, calculs biliaires ou rénaux, tuberculose, diabète, fausses-couches, accoutumance à l'alcool ou à d'autres substances, malformations, etc.

Frères et soeurs:

Vos enfants:

Mère:

Père:

Oncles:

Oncles:

Tantes:

Tantes:

Grand-mère:

Grand-mère:

Grand-oncles/tantes:

Grand-oncles/tantes:

Arr-grd-mère/père:

Arr-grd-mère/père:

Grand-père:

Grand-père:

Grand-oncles/tantes:

Grand-oncles/tantes:

Arr-grd-mère/père:

Arr-grd-mère/père: