



④ Antécédents médicaux :

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                                | type de crise                     |
| <input type="checkbox"/> Maladies cardio-vasculaires              | type                              |
| <input type="checkbox"/> Asthme – autres affections respiratoires | type                              |
| <input type="checkbox"/> HTA                                      | variation de tension habituelle : |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la coagulation                | type                              |
| <input type="checkbox"/> Maladie neurologique                     | type                              |
| <input type="checkbox"/> Maladie rénale                           | type                              |
| <input type="checkbox"/> Allergies                                | type                              |
| <input type="checkbox"/> Affections dermatologiques,              | type                              |
| <input type="checkbox"/> Hernies                                  | type                              |
| <input type="checkbox"/> Prothèse dentaire                        | type                              |
| <input type="checkbox"/> Problème orthopédique                    | type                              |

⑤ Antécédents chirurgicaux :

Type

⑥ Antécédents traumatiques sportifs :

Type

⑦ Médication en cours :

Nom des médicaments	Posologie	Heures	Date de prescription

⑧ Allergies médicamenteuse connues :

Autre type d'allergie :

⑨ Vaccination Tétanos :  
date du dernier rappel

⑩ Régime particulier :

**Diabète : oui  non**

Autre type :

Autres informations que vous jugez importantes : .....

.....

.....

.....

Joindre la photocopie : de la carte de sécurité sociale et de la mutuelle complémentaire.