

**Docteur Boustany, Chirurgien ORL et Médecine esthétique**

Centre médical Cornavin - 12 Place Cornavin - Genève

Tél : +41 79 107 57 29      contact@esthetiques-geneve.ch

QUESTIONNAIRE MÉDICAL (CONFIDENTIEL)

Nom date \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

HISTOIRE MÉDICALE: Veuillez décrire les principales raisons de votre visite / référence:

(Pour chaque information, possible ou pertinente, veuillez indiquer depuis combien de temps vous êtes atteint,

si la condition est symptomatique (par exemple, démangeaisons ou douleur),

tout facteur aggravant ou atténuant perçu, traitement (s) passé et actuel

et si le (s) traitement (s) a / ont réussi et toute autre condition actuelle éventuellement liée)

---

---

---

---

---

---

Êtes-vous allergique à certains médicaments?  OUI  NON

Si OUI, veuillez indiquer lequel (s):

---

Êtes-vous allergique à des aliments?  OUI  NON

Si OUI, veuillez indiquer lequel (s):

---

Êtes-vous ALLERGIQUE à d'autres expositions environnementales?  OUI  NON

Si OUI, veuillez indiquer lequel (s):

---

Veuillez énumérer tous les MÉDICAMENTS que vous prenez actuellement (y compris les contraceptifs oraux,

médicaments en vente libre et tous les médicaments que vous prenez à l'occasion).

---

---

---

Combien d'ALCOOL consommez-vous en une semaine?

---

Combien de TABAC consommez-vous en une semaine?

---

Avez-vous voyagé hors de l'État récemment?  OUI  NON

Si oui où

---

Avez-vous des parents au premier degré avec des affections cutanées héréditaires?  OUI  NON

Si OUI, quel (s) parent (s), âge de début, quelle (s) condition (s)

---

ou un cancer de la peau?  OUI  NON

Si OUI, quel (s) parent (s), âge, quel (s) type (s)

---

D'autres membres de la famille ont-ils des problèmes de peau maintenant ou dans le passé?  OUI

NON

Si oui, quel (s) membre (s) de la famille et décrivez le (s) problème (s):

---

---

---

Veillez indiquer toute autre maladie / affection de vos proches au premier degré.

Parents (père et mère):

---

Fratrie:

---

Enfants:

---

Lorsque vous êtes exposé au soleil, faites-vous:  Brûlure ou  Bronzage

Avez-vous déjà eu un cancer de la peau?  OUI  NON

Si OUI, quel (s) type (s), lieu (x), méthode (s) de traitement et année (s) traités:

---

Avez-vous des antécédents personnels de maladies cutanées spécifiques?  OUI  NON

Si OUI, veuillez énumérer

---

---

Avez-vous ou avez-vous déjà été diagnostiqué, traité ou reçu l'un des éléments suivants: (Si vous ne connaissez pas la réponse, merci de ne rien cocher)

Fièvre récente  OUI  NON

Traitements aux radiations  OUI  NON

Perte de poids importante récente  OUI  NON

Maladies cardiaques  OUI  NON

Diabète  OUI  NON

Hypertension artérielle  OUI  NON

Glaucome  OUI  NON

Angine poitrine / crise cardiaque  OUI  NON

Hépatite ou jaunisse  OUI  NON

Perturbation du rythme cardiaque  OUI  NON

Transfusions sanguines  OUI  NON

Stimulateur cardiaque  OUI  NON

usage récréatif de drogues  OUI  NON

Accident vasculaire cérébral/ Carotide  OUI  NON

SIDA ou VIH  OUI  NON

Crise ou épilepsie  OUI  NON

Problèmes de guérison  OUI  NON

Bronchite ou emphysème  OUI  NON

Cicatrices excessives  OUI  NON

Rhume des foins ou asthme  OUI  NON

Maladie du foie  OUI  NON

Autre difficulté respiratoire  OUI  NON

Maladie du rein  OUI  NON

Toux chronique ou matinale  OUI  NON

maladie de Chron  OUI  NON

Trouble hémorragique  OUI  NON

maladies digestives  OUI  NON

Boutons de fièvre  OUI  NON

Maladie thyroïdienne  OUI  NON

Souffle cardiaque  OUI  NON

Polyarthrite rhumatoïde  OUI  NON

Prolapsus valvulaire mitral  OUI  NON

Lupus érythémateux  OUI  NON

Articulation artificielle  OUI  NON

Sclérodermie  OUI  NON

Phlébite (Inflammation de veine / s)  OUI  NON

collagénose-vasculaires.  OUI  NON

Embolie (Pulmonaire ou autre)  OUI  NON

Déficits visuels/auditifs  OUI  NON