

**MERCI DE BIEN VOULOIR REMPLIR CES QUESTIONNAIRES POUR NOUS  
AIDER A ORIENTER LA CONSULTATION**

**Avez-vous l'une des pathologies suivantes :**

- Diabète avec prise d'insuline ?  OUI  NON  
Diabète avec traitement par comprimés ?  OUI  NON  
Fumez vous ?  OUI  NON ;  
Si oui, combien de cigarette par jour ?.....Depuis combien d'années ?.....

**Quel est votre poids ?.....**

**Quelle est votre taille ? .....**

- Avez-vous des problèmes de cholestérol ?  OUI  NON  
Avez-vous de l'hypertension artérielle ?  OUI  NON  
Avez-vous ou avez-vous une maladie du cœur ?  OUI  NON, si oui la quelle ?  
Avez-vous ou avez-vous une maladie neurologique (ex : scléroses-en plaque, AVC, Parkinson) ?  
 OUI  NON, si oui la quelle?:  
Avez-vous ou avez-vous eu une maladie respiratoire ?  
 OUI  NON, si oui la quelle?:  
Avez-vous ou avez-vous eu une maladie du rein ?  
 OUI  NON si oui la quelle?:  
Avez-vous ou avez-vous eu une maladie du sang (ex : **drépanocytose**, leucémie)?  
 OUI  NON si oui la quelle?:  
Pour les femmes : avez-vous été enceinte ?  OUI  NON  
si oui, combien d'enfants avez-vous eu ? .....

Avez-vous ou avez-vous déjà eu un traitement d'une tumeur (bénigne ou maligne)?  
 OUI  NON, si oui, quelle tumeur ?

Avez-vous eu un traitement par radiothérapie ?  OUI  NON

Avez-vous une intervention chirurgicale pour cette tumeur ?  
 OUI  NON  
Si oui : quelle intervention ? ..... , en quelle année ? .....

**Quelle est votre profession ? .....**

**Avez-vous une allergie à un médicament ou autre chose (aliment...)? .....**

**Prenez vous des médicaments anticoagulants (pour fluidifier le sang) ? .....**

***LES 2 QUESTIONNAIRES SUIVANTS SONT DESTINES A NOUS RENSEIGNER SUR  
D'EVENTUELSTROUBLES URINAIRES OU SEXUELS. MERCI DE BIEN VOULOIR Y  
REPENDRE SI NOUS VOUS SENTEZ CONCERNE(E).***

INDIQUER ICI LES 3 PREMIERES LETTRES DE VOTRE NOM ET LES 3 PREMIERES LETTRE DE VOTRE PRENOM  
(exemple: DURPA pouRr DURAND PAUL