

VOTRE PROFIL MÉDICAL

Les médecins et les professionnels de la santé dressent un dossier clinique de chaque patient qu'ils reçoivent. Informatisés ou non, ces dossiers médicaux comportent plusieurs sections; les deux principales sections comportent:

- Les informations sur le profil du patient
- Les observations médicales du professionnel à chaque visite.

Afin de profiter au maximum de votre visite médicale, prenez le temps de noter vos maladies et de faire l'inventaire de vos médicaments et de vos allergies. Ces renseignements aideront les professionnels que vous consulterez à poser le bon diagnostic et à vous traiter efficacement. Remplissez un profil par membre de la famille incluant les enfants. Consignez ces informations lorsque vous vous portez bien. Conservez sur vous un résumé de ces renseignements; il pourrait vous être utile en cas d'une consultation imprévue.

Préparez votre rencontre avec le médecin en remplissant avec soin les fiches ci-jointes. N'hésitez pas à demander à vos proches de vous aider à retracer les maladies qui ont affecté votre famille.



Extrait du livre *Votre guide Santé-Info*
Reproduction autorisée © Guy Saint-Jean Éditeur inc.
Pour avoir plus de détails concernant ce livre, veuillez consulter le site Internet de l'éditeur:
www.saint-jeanediteur.com

VOS ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Père: âge actuel _____ ou âge au décès _____ (cause: _____)

Mère: âge actuel _____ ou âge au décès _____ (cause: _____)

Frères: maladies _____

Sœurs: maladies _____

Remplissez le tableau suivant en indiquant les personnes atteintes, leur lien de parenté et l'âge du début de la maladie.

Maladie	Personnes	Lien de parenté	Âge du début
Diabète			
Hypertension			
Maladies cardiaques			
Asthme			
Hypercholestérolémie			
Allergies			
Arthrite			
Ostéoporose			
Hypothyroïdie			
Maladies génétiques			
Maladies psychiatriques			
Cancer			
Maladies neurologiques			
Autre			



Extrait du livre *Votre guide Santé-Info*
Reproduction autorisée © Guy Saint-Jean Éditeur inc.
Pour avoir plus de détails concernant ce livre, veuillez consulter le site Internet de l'éditeur:
www.saint-jeanediteur.com

VOS ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Remplissez le tableau suivant en indiquant les maladies chroniques dont vous souffrez. Précisez si la maladie est traitée et si elle est stable. En d'autres mots, la médication que vous prenez contrôle-t-elle la maladie? Par exemple, si vous souffrez d'hypertension artérielle et que votre tension artérielle est normale depuis plus de trois mois avec la médication, alors votre condition est stable.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES CHRONIQUES

Maladie	Âge du début	Stabilité (oui/non)	Traitée	Hospitalisation
Diabète				
Hypertension artérielle				
Maladies cardiaques				
Asthme				
Allergies				
Hypercholestérolémie				
Arthrite				
Ostéoporose				
Hypothyroïdie				
Maladies génétiques				
Maladies psychiatriques				
Cancer				
Maladies neurologiques				
Autre				

Ajoutez les maladies ou les infections que vous avez déjà eues mais qui sont guéries, par exemple un zona ou des infections urinaires.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE MALADIES TEMPORAIRES

Maladie	Date de début	Date de fin	Traitement	Efficacité

Nom et coordonnées de votre médecin de famille s'il y a lieu:



Extrait du livre *Votre guide Santé-Info*
Reproduction autorisée © Guy Saint-Jean Éditeur inc.
Pour avoir plus de détails concernant ce livre, veuillez consulter le site Internet de l'éditeur:
www.saint-jeanediteur.com

VOS ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Indiquez la liste de toutes les chirurgies que vous avez subies.

CHIRURGIES

Chirurgie	Date	Raison	Séquelles	Hôpital ou chirurgien
Appendicite				
Vésicule biliaire				
Autre(s)				

Nom et coordonnées de votre chirurgien traitant s'il y a lieu:

Indiquez le nombre de grossesses, de fausses couches ou d'avortements que vous avez eus.

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Grossesse	Date de naissance	Sexe	Santé de l'enfant	Histoire de la grossesse et de l'accouchement
1 ^{re}				
2 ^e				
3 ^e				
4 ^e				

Avez-vous eu des jumeaux ou des grossesses multiples? _____

Si oui, indiquer la date et le nombre de naissances: _____

Avez-vous déjà eu des fausses couches, des avortements thérapeutiques ou des cas de mort foetale? _____

Êtes-vous présentement enceinte? _____

Si oui, indiquez la date prévue de l'accouchement: _____

Nom et coordonnées de votre gynécologue s'il y a lieu: _____



Extrait du livre *Votre guide Santé-Info*

Reproduction autorisée © Guy Saint-Jean Éditeur inc.

Pour avoir plus de détails concernant ce livre, veuillez consulter le site Internet de l'éditeur:

www.saint-jeanediteur.com

Guy Saint-Jean
ÉDITEUR

VOS ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES

Il est important de connaître les antécédents de maladies psychiatriques. Ces problèmes peuvent récidiver ou avoir un impact sur les médicaments que votre médecin vous prescrira.

Maladie	Date début	Date fin	Traitement	Efficacité	Hospitalisation
Dépression					
Anxiété					
Manie					
Panique					
Hyperactivité					
Bipolarité					
Autre(s)					

Nom et coordonnées du psychiatre traitant s'il y a lieu: _____

VOS ANTÉCÉDENTS TRAUMATIQUES

Indiquez tous les traumatismes que vous avez subis et les séquelles qui persistent:

Traumatisme	Date	Historique	Traitement	Efficacité	Hospitalisation	Séquelles
Entorse						
Fracture						
Autre(s)						



Extrait du livre *Votre guide Santé-Info*
Reproduction autorisée © Guy Saint-Jean Éditeur inc.
Pour avoir plus de détails concernant ce livre, veuillez consulter le site Internet de l'éditeur:
www.saint-jeanediteur.com

VOS ARRÊTS DE TRAVAIL

Cause	Début	Fin	Traitement	Efficacité	Hospitalisation
Accident					
Maladie					
Accident de travail					

VOS HABITUDES DE VIE

L'inventaire des habitudes de vie est très important pour votre médecin. Il lui permet d'évaluer leur influence sur votre condition médicale. Certaines habitudes de vie dont la malbouffe, le tabagisme et le manque d'exercice physique comportent des facteurs de risques pour la santé.

Tabac:

Type de tabac (cigarette avec ou sans filtres, cigares, tabac à pipe): _____

Fréquence par jour, durée: _____

Intention actuelle pour cesser de fumer: je ne veux pas cesser de fumer

j'y pense

je veux arrêter

j'ai cessé il y a moins de six mois

j'ai cessé il y a plus de six mois

Activité physique: type, fréquence, durée: _____

Alcool: type, fréquence et durée: _____

Dépendance: alcool, jeux, drogues: _____

Alimentation: fruits légumes, viandes, sel, régime végétarien/végétalien: _____

Maintien du poids corporel: stable ou instable vs taille: _____

Taille et poids actuel: _____



Extrait du livre *Votre guide Santé-Info*

Reproduction autorisée © Guy Saint-Jean Éditeur inc.

Pour avoir plus de détails concernant ce livre, veuillez consulter le site Internet de l'éditeur:

www.saint-jeanediteur.com

Guy Saint-Jean
ÉDITEUR

LISTE DES MÉDICAMENTS

Médicament	Date de début	Posologie	Efficacité	Effets indésirables

LISTE DES ALLERGIES

Médicament ou produit	Type de réaction	Immédiate	Retardée	Gravité

Demandez à votre pharmacien d'imprimer la liste de vos médicaments et de vos allergies et conservez-la sur vous en tout temps.

N'oubliez pas de mentionner les médicaments que vous achetez sans prescription. Ces médicaments peuvent avoir des effets indésirables ou interagir avec vos médicaments habituels et causer des effets indésirables. Mentionnez également tous les produits naturels que vous prenez sur une base régulière ou ponctuelle; ils peuvent ne pas être compatible avec les médicaments prescrits par votre médecin.

Coordonnées de votre pharmacie:

Nom: _____

Adresse: _____

Numéro de téléphone: _____

Numéro de télécopieur: _____



Extrait du livre *Votre guide Santé-Info*

Reproduction autorisée © Guy Saint-Jean Éditeur inc.

Pour avoir plus de détails concernant ce livre, veuillez consulter le site Internet de l'éditeur:

www.saint-jeanediteur.com

Guy Saint-Jean
ÉDITEUR

LE PROFIL DES ENFANTS

Le profil des enfants est différent de celui des adultes. Au Québec, chaque enfant reçoit un carnet de santé où les professionnels de la santé consignent les données sur la croissance et les dates de vaccination. Ce document est précieux et devrait être présenté à chaque visite chez un professionnel de la santé.

Complétez les renseignements contenus dans ce carnet par les informations suivantes:

La date et le lieu de naissance : _____

Les complications en cours de grossesse ou lors de l'accouchement: _____

Les médicaments, l'alcool, le tabac ou les drogues consommés par la mère durant la grossesse ou l'allaitement:

Si né en pays étranger, date d'arrivée au pays: _____

Les étapes de développement de l'enfant :

Marche à quatre pattes : _____ mois Marche sans aide _____ mois

Apprentissage du langage : _____

Socialisation (affectueux, solitaire, agressif, opposant) : _____

Propreté de jour et de nuit : _____

Comportement général à l'école ou à la garderie : _____

Exercice (pratique d'un sport en particulier ou à l'école/garderie) : _____

Nutrition : _____

Sommeil : _____

Respect de l'autorité : _____

Retard ou avance par rapport aux enfants de son groupe d'âge : _____

Chez les adolescents, noter le degré de communication et d'opposition de manière générale de même que toute autre particularités (activités, sports, puberté, autre). _____



Extrait du livre *Votre guide Santé-Info*

Reproduction autorisée © Guy Saint-Jean Éditeur inc.

Pour avoir plus de détails concernant ce livre, veuillez consulter le site Internet de l'éditeur:

www.saint-jeanediteur.com

Guy Saint-Jean
ÉDITEUR