



- Souffrez-vous d'une maladie cardio-vasculaire ?** ○ OUI ○ NON  
 Hypertension  Palpitation/arythmie  Problèmes valvulaires  
 Angine de poitrine/Infarctus  Artérite  Autres : .....
- Comment évaluez-vous votre capacité à l'effort ?**  
 Médiocre (toilette, repas déambulation à la maison)  Faible (faire ses courses, marche moins de 3km, jardin)  Bonne (marche rapide, sport occasionnel)  Très bonne (sportif entraîné)
- Avez-vous déjà ressenti des symptômes inquiétants (douleurs thoraciques, palpitations) lors d'un effort ? :** ○ OUI ○ NON
- Souffrez-vous d'une maladie pulmonaire ou bronchique ?** ○ OUI ○ NON  
 Asthme  Bronchite chronique  Insuffisance respiratoire  
 Apnée du sommeil  Bronchoemphysème  Autres : .....
- Avez-vous présenté des accidents thrombo-emboliques ?** ○ OUI ○ NON  
 Phlébite  Embolie Pulmonaire  Autres : .....  
 Accident Vasculaire Cérébral  AIT
- Présentez-vous des symptômes évoquant des troubles de la coagulation ?** ○ OUI ○ NON  
 Saignements de nez  Règles abondantes  Hématomes spontanés  
 Saignements de gencives  Thrombopénie  Hémorragie post opératoire
- Avez-vous des problèmes neurologiques ?** ○ OUI ○ NON  
 Epilepsie  Troubles de mémoire  Migraines  
 Parkinson  Dépression, anxiété  Autres : .....
- Avez-vous des problèmes endocrinologiques ?** ○ OUI ○ NON  
 Diabète  Troubles thyroïdiens  Autres : .....
- Avez-vous des problèmes urinaires ou rénaux ?** ○ OUI ○ NON  
 Prostate  Infections urinaires  Insuffisance rénale
- Avez-vous des problèmes digestifs ?** ○ OUI ○ NON  
 Reflux gastrique/Gastrite  Ulcère  Cirrhose/Hépatite  
 Constipation  Crohn/RCH  Colon
- Avez-vous des problèmes ophtalmologiques ?** ○ OUI ○ NON  
 Glaucome  Myopie forte  DMLA  Autres : .....
- Présentez-vous des problèmes de santé non cités ci-dessus ?** ○ OUI ○ NON  
 Si OUI, lesquels ?  
 .....  
 .....  
 .....

- Si vous avez des dents fragiles, des implants, des pivots, des bridges, merci de noter leur emplacement sur le schéma :**

**Dents fragiles = F      Pivot = P**  
**Bridge = B              Implant = I**

**Prothèses dentaires amovibles :** ○ OUI ○ NON

- En cas de transfusion ou d'accident d'exposition au sang, autorisez-vous vos médecins à effectuer un bilan sérologique pour un dépistage des maladies contagieuses (Hépatites B, C, VIH) ?** ○ OUI ○ NON

**Date :** ...../...../.....

**Signature :**

