

questionnaire pour la consultation de cardio

Nom	Prénom	Date naissance	Taille cm	Poids kg

<i>De quoi vous plaignez-vous actuellement ?</i>	<i>Entourez la réponse</i>	
douleurs ou gêne à la poitrine	oui	non
essoufflement	oui	non
palpitations ou cœur trop rapide ou cœur irrégulier	oui	non
malaises, syncopes, vertiges, manque d'équilibre	oui	non
faiblesse ou maladresse d'un bras ou d'une jambe	oui	non
difficulté à s'exprimer ou à parler	oui	non
trouble brutal de la vue	oui	non
douleurs des mollets ou des cuisses apparaissant avec la marche et cédant à l'arrêt	oui	Non
autres symptômes :		

<i>Quels sont vos facteurs de risque cardio-vasculaire ?</i>	<i>Entourez la réponse</i>	
hypertension artérielle (<i>apporter votre automesure tensionnelle si possible</i>)	oui	non
tabac (Si arrêté, en quelle année ?)	oui	non
diabète (<i>apporter vos derniers bilans sanguins svp</i>)	oui	non
cholestérol (<i>apporter vos derniers bilans sanguins svp</i>)	oui	non
hérédité de maladie du cœur ou des vaisseaux ou AVC ou mort subite chez votre père, votre mère ou vos frères et sœurs avant 65 ans	oui	non
femmes : ménopause précoce	oui	non
femmes : pilule contraceptive	oui	non
sédentarité (comportement où prédominent : travail de bureau assis, conduite, lecture, regarder télévision, utilisation ordinateur, tablette, téléphone, jeux video.)	oui	non
activité sportive régulière	oui	non

Avez vous présenté des maladies cardio-vasculaires ?	<i>Entourez la réponse</i>		année
maladie des coronaires : angine de poitrine, infarctus, coronarographie, dilatation ou stent, pontage	oui	non	
insuffisance cardiaque, œdème pulmonaire, œdèmes des jambes	oui	non	
maladie des valves du cœur ou souffle au cœur	oui	non	
tachycardie (cœur très rapide), palpitations	oui	non	
phlébite (veine des jambes qui se bouchent) ou embolie pulmonaire (caillots dans les artères pulmonaires)	oui	non	
artérite (artères des jambes qui sont encrassées) ; apporter votre dernier examen doppler si possible	oui	non	
rétrécissement des artères du cou, attaque cérébrale, paralysie, hémiplegie, intervention sur une carotide ; apporter votre dernier examen doppler si possible	oui	non	
stimulateur cardiaque = pace maker (pile)	oui	non	

Êtes vous allergique ou intolérant à des médicaments ? Lesquels ?	oui	non

Avez vous eu d'autres problèmes de santé ?	<i>Entourez la réponse</i>	
bronchite chronique, asthme, insuffisance respiratoire	oui	non
prostate	oui	non
ulcère de l'estomac	oui	non
maladie des reins	oui	non
anomalie de la coagulation du sang (tendance à saigner)	oui	non
autre maladies ou interventions chirurgicales ou accidents ou hospitalisations (préciser l'année) :		

Quel est votre traitement actuel ? Quels médicaments ? à quel dosage ? combien de comprimés par jour ? (merci de fournir votre ordonnance en cours)