



<b>☐ Avez-vous (déjà eu) un problème respiratoire ou des ronflements ?</b> <i>Si oui : Précisez</i>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
<b>Avez-vous (déjà eu) de l'asthme ?</b> <i>Si oui : fréquence des crises ?</i>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
Avez-vous (déjà eu) une bronchite chronique ou de l'emphysème ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
Avez-vous (déjà eu) une tuberculose ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
<b>☐ Avez-vous (déjà eu) une maladie digestive ?</b> Ulcère à l'estomac / Hernie hiatale / Reflux oesophagien / Autre ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
<b>☐ Avez-vous (déjà eu) une hépatite virale (jaunisse) ?</b> <i>Si oui : En connaissez-vous le type ? (A, B, ou C ?)</i>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
<b>☐ Avez-vous (déjà eu) une maladie urinaire ou rénale ?</b> Infection urinaire / Coliques néphrétiques / Insuffisance rénale.../Autre ? <i>Si oui : Précisez</i>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
<b>☐ Avez-vous (déjà eu) une maladie rhumatologique ?</b> <i>Si oui : Précisez</i>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
Avez-vous des problèmes de colonne vertébrale ? Sciatique / Lumbago / Fracture(s) ou tassement(s) de vertèbre(s)	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
<b>☐ Avez-vous déjà eu une maladie neurologique ou neuromusculaire ?</b> <i>Si oui : Précisez</i>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
Avez-vous (déjà eu) des crises d'épilepsie ? <i>Si oui : à quand date la dernière crise ?</i>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
Avez-vous déjà fait un accident vasculaire cérébral (« attaque ») ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
Avez-vous (déjà eu) des migraines ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
Avez-vous reçu l'hormone de croissance extractive, des gonadotrophines extractives ou de la glucocérebrosidase extractive ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
Un membre de votre famille est-il décédé de la maladie de Creutzfeld-Jakob confirmée ou fortement suspectée ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
<b>☐ Avez-vous des problèmes :</b> de <b>diabète</b> ? de <b>cholestérol</b> ou de <b>triglycérides</b> ? de <b>thyroïde</b> ? <i>Si oui : Précisez</i>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
<b>☐ Avez-vous un glaucome</b>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
<b>☐ Avez-vous saigné longtemps après</b> une extraction dentaire ou une intervention chirurgicale ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
Avez-vous déjà été hospitalisé pour un saignement ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
Avez-vous déjà été opéré pour un hématome ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
Dans votre famille, y a-t-il une anomalie de la coagulation entraînant un saignement (ex : Hémophilie, Willebrand, ...) ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
<b>☐ Concernant les problèmes dentaires :</b> Portez-vous un (des) appareil(s) dentaire(s) ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
Avez-vous des dents qui bougent ou sont susceptibles de tomber ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
Avez-vous des bridges ou des dents sur pivots.	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas
<b>☐ Un problème concernant votre santé a-t-il été oublié par ce questionnaire ?</b> <i>Si oui : précisez</i>	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> ne sait pas

Nous vous remercions pour votre participation à une meilleure prise en charge médicale...