



Consommez-vous de l'alcool ? Oui Non

Avez-vous connaissance de maladies qui pourraient être héréditaires dans votre famille ?

Pathologie cardiaque ou vasculaire dans votre famille  
Oui Non Oui  
Mort subite  
Non  
Pathologie cancéreuse  
Oui Non

Avez-vous déjà eu :  
Un électrocardiogramme Oui  
Non

A quand remonte votre dernier bilan sanguin ? le joindre si possible

Avez-vous des problèmes de coagulation ou de caillot sanguin ?  
Oui Non

Avez-vous des maladies ORL à répétition (angines, sinusites ou otites) ?  
Oui Non

Avez-vous des maladies Respiratoires (Bronchite, pneumopathie, asthme) ?  
Oui Non

Avez-vous déjà eu une anomalie radiologique ?  
Oui Non

*Si oui laquelle :*

Avez-vous :  
Une maladie cardiaque ou des vaisseaux Oui  
Non  
De l'hypertension artérielle Oui  
Non  
Du diabète Oui  
Non  
Du Cholestérol Oui Non

Avez-vous déjà des problèmes de thyroïde ?  
Oui Non

Avez-vous des problèmes de colonne vertébrale ? D'articulations ?  
Oui Non

Avez-vous déjà fait des migraines ?  
Oui Non

Avez-vous des problèmes de peau ?

Oui Non

Avez-vous déjà eu des problèmes digestifs ?

Non

Oui

Faites-vous des infections urinaires à répétition ?

Oui Non

Avez-vous eu une sérologie HIV ?

Non

Oui

Si vous avez entre 50 et 74 ans avez-vous fait la recherche de sang dans les selles ?

Oui Non

### **Renseignements complémentaires concernant les femmes :**

A quel âge avez-vous été réglé ?

Avez-vous un cycle régulier ?

Non

Oui

Combien de grossesses avez-vous eu ?

Prenez vous un traitement hormonal ou une contraception ?

Non

Oui Non

Oui

Avez-vous déjà réaliser une mammographie ?

Avez-vous déjà fait un frotti cervico vaginal ?

Oui Non

Oui Non