



Fiche de renseignement passeport santé.

Groupe sanguin : A+ / A- / B+ / B- / AB- / AB+ / O- / O+

Poids en Kg :

Taille en Cm :

Date de dernière maladie :

Dernière maladie connue :

Antécédents médicaux

Avez-vous hypertension artérielle : oui / non

Avez-vous fait récemment un test VIH ? : oui / non

Si oui quand :

Prenez-vous actuellement des médicaments ? : oui / non

Si oui laquelle :

Avez-vous le diabète dans votre famille ? : oui / non

Avez-vous déjà eu une affection oculaire ? : oui / non

Si oui laquelle :

Avez-vous déjà eu une maladie articulaire ? : oui / non

Si oui laquelle :

Avez-vous déjà eu une maladie rénale ?: oui / non

Si oui laquelle :

Avez-vous une maladie mentale dans la famille ?: oui / non

Avez-vous déjà eu une maladie respiratoire ?: oui / non

Si oui laquelle :

Avez-vous déjà eu une maladie du foie ?: oui / non

Si oui laquelle :

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?: oui / non

Si oui laquelle :

Fumeur : Actif / Passif / Pas du tout

Main dominante : Droite / Gauche

Alcool : Un verre à deux verres par jour / Plus de deux verres par jour / Pas d'alcool.

Allergie(s) : Oui / Non

Si oui laquelle :

Handicap :

Sports :

Drogue : Oui / Non

Je certifie sur l'exactitude des données de santé et accepte le traitement et stockage de ses données par la plateforme MULEMACARE E-SANTE.

Fait à Le

