



FICHE SANTE PATIENT CETAP

Informations personnelles

Nom : _____

Prénom : _____

Rue & localité : _____

Date de naissance : _____

Email : _____

Numéro de téléphone : _____

Profession : _____

Carte assurance : _____

Adressé par : _____

Informations médicales :

Médecin traitant : _____

Médecins spécialistes consultés jusqu'à ce jour :

Traitements effectués jusqu'à ce jour et pour quelle maladie :

Antécédents médicaux/chirurgicaux :

Antécédents Gynécologiques / Obstétriques

Allergies médicamenteuses/alimentaires/autres :

Tabac : Non Oui

Si oui, lesquelles :

Drogues : Non Oui

Si oui, lesquelles :

OH : occ , chaque
jour ?Combien ? Non Oui

Antécédents familiaux :

Poids actuel (en kg) : _____ Taille actuelle (en cm) : _____

Votre évaluation pour le degré de douleurs ou gêne de 0 à 10 (10 étant des douleurs ou une gêne maximale) :

Indication à la demande de consultation :



F110013