

## SP health check-up questionnaire

---

### Interrogatoire pour les Patients Standardisés

---

- Date:
  - Nom et Prénom:
  - Age:
  - Adresse:
- 

- Tension artérielle (prendre 2 fois):
    - o 1e mesure: \_\_\_\_\_
    - o 2e mesure: \_\_\_\_\_
  - Examen poumons et coeur
  - Poids:
  - Taille:
  - Est-ce que vous avez une maladie particulière?
    - o Asthme / Allergie
    - o Diabète / cholestérol
    - o Hyper-tension
    - o Migraine
    - o Autre :
  - Est-ce que vous avez eu des maladies sérieuses dans le passé ?
  - Est-ce que vous avez eu des opérations chirurgicales?
    - o \_\_\_\_\_
    - o \_\_\_\_\_
  - En général, comment qualifieriez-vous votre état général de santé :
    - o Excellent :
    - o Bon :
    - o Normal
    - o Pas très bon / a tendance à être malade
- 

- Est-ce que vous avez déjà connu une mauvaise expérience en tant que patient ?
  - Est-ce qu'un membre de votre famille / un ami proche a déjà eu une mauvaise expérience en tant que patient ?
- 

- Fumeur :
- Remarques Diverses : \_\_\_\_\_