

Données personnelles

Date / /

Prénom

DAN-ID

Age

Sexe

 H F

Taille

Poids

cm

Kg

SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE

 OUI NON

Conditions de santé	Actuel	Passé	Année	Notes / Commentaires
Maladies cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Interventions de chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pression artérielle élevée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Incapacité d'exercer une activité physique modérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Antécédents familiaux de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Maladie vasculaire périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Interventions de chirurgie vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ulcères ou interventions de chirurgie vasculaire pour leur traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pharmacothérapie				
Antihypertenseurs	<input type="checkbox"/>			
Médicaments pour le système cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>			

APPAREIL RESPIRATOIRE

 OUI NON

Conditions de santé	Actuel	Passé	Année	Notes / Commentaires
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problèmes respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autres maladies de la poitrine ou interventions de chirurgie thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pharmacothérapie				
Médicaments anti-asthmatiques	<input type="checkbox"/>			

SYSTÈME NERVEUX

 OUI NON

Medical conditions	Actuel	Passé	Année	Notes / Commentaires
Épilepsie, convulsions, traitement antiépileptique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Amnesia, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blessures à la tête avec perte de conscience dans les cinq dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Migraine récurrente y médicaments pour la prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pharmacothérapie				
Médicaments antiépileptiques	<input type="checkbox"/>			

APPAREIL ORL - NEZ, OREILLE & GORGE

OUI NON

Conditions de santé	Actuel	Passé	Année	Notes / Commentaires
Problèmes aux oreilles et aux sinus paranasaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Interventions de chirurgie des oreilles et des sinus paranasaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Perte auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Troubles de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ALLERGIES

OUI NON

Conditions de santé	Actuel	Passé	Année	Notes / Commentaires
Allergies saisonnières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Allergies aux médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Pharmacothérapie

Médicaments antiallergiques	<input type="checkbox"/>			
-----------------------------	--------------------------	--	--	--

APPAREIL OSTÉO-ARTICULAIRE

OUI NON

Conditions de santé	Actuel	Passé	Année	Notes / Commentaires
Problèmes au dos et aux membres résultant d'une intervention chirurgicale, d'une blessure ou d'une fracture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mal au dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Interventions chirurgicales au dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hernie discale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

APPAREIL GASTROINTESTINAL

OUI NON

Conditions de santé	Actuel	Passé	Année	Notes / Commentaires
Hernie abdominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Maladies du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pathologie tumorale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Chirurgie de colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Chirurgie de iléostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE

OUI NON

Conditions de santé	Actuel	Passé	Année	Notes / Commentaires
Troubles hémorragiques y de la coagulation sanguine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

SYSTÈME MÉTABOLIQUE-ENDOCRINIEN

OUI NON

Conditions de santé	Actuel	Passé	Année	Notes / Commentaires
Diabète sucré, même quand contrôlé seulement par un traitement diététique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Maladie de la thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pharmacothérapie				
L'insulinothérapie	<input type="checkbox"/>			
Médicaments antidiabétiques oraux	<input type="checkbox"/>			
Médicaments pour l'hypothyroïdie	<input type="checkbox"/>			
Médicaments pour l'hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/>			

ÉTAT DE SANTÉ MENTALE ET PSYCHOLOGIQUE

OUI NON

Conditions de santé	Actuel	Passé	Année	Notes / Commentaires
Problèmes de santé comportementale, mentale et psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pharmacothérapie				
Médicaments antidépresseurs	<input type="checkbox"/>			
Médicaments psychotropes	<input type="checkbox"/>			

ACCIDENTS PRÉCÉDENTS DE PLONGÉE, ÉPISODES DE MALADIE DE DÉCOMPRESSION ANTERIOR

OUI NON

Conditions de santé	Actuel	Passé	Année	Notes / Commentaires
MDD - Maladie de décompression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autres accidents de plongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

HABITUDES ET COMPORTEMENTS

OUI NON

Conditions de santé	Actuel	Passé	Année	Notes / Commentaires
Fumer cigarettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Usage de drogues, abus d'alcool ou traitement de l'alcoolisme dans les cinq dernières années	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

AUTRE

OUI NON

Conditions de santé	Actuel	Passé	Année	Notes / Commentaires
Mal des transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pharmacothérapie				
Médicaments anti-inflammatoires et analgésiques	<input type="checkbox"/>			
Autre	<input type="checkbox"/>			

AUTRES QUESTIONS/COMMUNICATIONS

OUI NON

Conditions de santé	Actuel	Passé	Année	Notes / Commentaires
Autres questions/communications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		