Effacer la saisie Imprimer

FORMULAIRE D'HISTOIRE MÉDICALE POUR ÉVALUATION DU COVID À L'ESFCR

Veuillez remplir ce formulaire et l'apporter avec vous à votre rendez-vous si indiqué par l'infirmière lors de votre appel de dépistage.

Vous serez vu aujourd'hui dans la clinique respiratoire fébrile de l'Équipe de santé familiale Clarence-Rockland pour votre condition aigue. Vous recevrez possiblement une culture nasopharyngienne. Vous recevrez peut être une prescription pour votre affliction actuelle mais vos conditions médicales chroniques ou récurrentes ainsi que vos renouvellements de médicaments ne feront pas partie de nos responsabilités et votre suivi devra être assuré par votre médecin de famille.

Information démographique			
Prénom		Nom	
Date de naissance (j/m/a)		Médecin de famille	

Souffrez-vous d'une des conditions médicales suivantes :	
Maladie pulmonaire (asthme, MPOC, autre)	◯ Oui ◯ Non
Maladie cardiovasculaire (cardiaque) – Si oui, laquelle:	◯ Oui ◯ Non
Hypertension	◯ Oui ◯ Non
Déficience immunitaire – Si oui, laquelle:	◯ Oui ◯ Non
Défaillance rénale	◯ Oui ◯ Non
Diabète	◯ Oui ◯ Non
Cancer – Si oui lequel:	◯ Oui ◯ Non
Êtes-vous enceinte? ** Si oui, quelle était votre date de dernière menstruation?	◯ Oui ◯ Non
Autre problèmes de santé diagnostiqué par un médecin – Si oui, lequel:	◯ Oui ◯ Non
Avez-vous subit des chirurgies ? Si oui, lesquels :	◯ Oui ◯ Non
Avez-vous des allergies aux médicaments? Si oui, lesquels :	◯ Oui ◯ Non

Prenez-vous des médicaments? Veuillez inscrire tous les médicaments et suppléments que vous prenez actuellement ci-dessous :

Nom du médicament	Dose	Fréquence	Raison pour le médicament