**MODÈLE DE FORMULAIRE D'ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM DU PATIENT** |  |  | **DATE DE LA DERNIÈRE MISE À JOUR** | MÉDICAL HISTOIRE FORME |
|   |   |
| **NOM ACTUEL DU MÉDECIN** |  |  | **TÉLÉPHONE** |
|   |   |
| **NOM ACTUEL DE LA PHARMACIE** |  |  | **TÉLÉPHONE** |
|   |   |
| MÉDICAMENTS ACTUELS ET PASSÉS |
| **NOM DU MÉDICAMENT** | **DOSAGE** | **FREQ.** | **MÉDECIN** | **COMMENCER**  | **DATE DE FIN** | **BUT** |
|   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
| INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| **PROCÉDURE** | **MÉDECIN** | **HÔPITAL** | **DATE** | **NOTES** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| MALADIES GRAVES |
| **MALADIE** | **COMMENCER**  | **DATE DE FIN** | **MÉDECIN** | **NOTES DE TRAITEMENT** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| VACCINATIONS |
| **NOM** | **DATE** |  | **NOM** | **DATE** |  |
| TÉTANOS |   |  | MÉNINGITE |   |  |
| VACCIN ANTIGRIPPAL |   |  | FIÈVRE JAUNE |   |  |
| ZOSTAVAX |   |  | POLIO |   |  |
| AUTRE: |   |  | AUTRE: |   |  |

|  |
| --- |
| **DÉMENTI**Tous les articles, modèles ou informations fournis par Smartsheet sur le site Web sont fournis à titre de référence uniquement. Bien que nous nous efforcions de maintenir les informations à jour et correctes, nous ne faisons aucune déclaration ou garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite, quant à l'exhaustivité, l'exactitude, la fiabilité, la pertinence ou la disponibilité en ce qui concerne le site Web ou les informations, articles, modèles ou graphiques connexes contenus sur le site Web. Toute confiance que vous accordez à ces informations est donc strictement à vos propres risques. |