

QUELLE EST LA RAISON DE VOTRE VOTRE VISITE ?

VOUS N' ALLEZ PAS BIEN

- Cochez les troubles dont vous souffrez.
- En cas de plusieurs troubles cochez-les tous.

VOTRE ENFANT NE VA PAS BIEN.

- Cochez les troubles dont l'enfant souffre (enfants 0 - 4 dans la rubrique "nourissons et très jeunes enfants")

VOUS-RETOURNEZ POUR LES MÊMES TROUBLES QUI ONT DÉJÀ ÉTÉ TRAITÉS

- Comment vont les troubles ?
- (a) Ont disparu
 - (b) Se sont bien atténués
 - (c) Sont restés les mêmes
 - (d) Se sont aggravés
 - (e) Ont changé - Cochez les nouveaux troubles dans la rubrique correspondante !

VOUS N'AVEZ PAS DE TROUBLE MAIS VOUS DÉSIREZ

Contraception

Vous désirez:

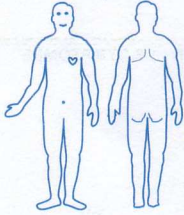
- (f) Pilule contraceptive
- (g) Stérilet
- (h) Pilule du lendemain

Médicaments

- (j) Le renouvellement de vos médicaments

Contrôle ou examen

- (i) Je veux savoir si je suis enceinte
- (k) Examen gynécologique
- (l) Examen de prostate
- (m) Une analyse de sang en raison d'une précédente thrombose
- (n) Une prise de tension

	A	B	C	D		
TROUBLES DU SOMMEIL	1 <input type="checkbox"/> Difficultés à m'endormir 2	<input type="checkbox"/> Je me réveille pendant la nuit sans pouvoir me rendormir	<input type="checkbox"/> Beaucoup besoin de sommeil pendant la journée		1 2	
FIÈVRE La fièvre?	3 <input type="radio"/> survient par crises 4 <input type="radio"/> reste stationnaire toute la journée	<input type="radio"/> ne survient que la nuit <input type="radio"/> est accompagnée de frissons	La température maximum constatée est de ? ... °C	<input type="radio"/> Température n' a pas été mesurée	3 4	
FATIGUE	5 <input type="checkbox"/> Fatigue dès le réveil	<input type="checkbox"/> Fatigue après un petit effort	<input type="checkbox"/> Fatigue quelques heures après le réveil		5	
TÊTE	6 <input type="checkbox"/> Douleur dans la face	<input type="checkbox"/> Vertige en tournant la tête	<input type="checkbox"/> Vertige par crises	<input type="checkbox"/> Vertige continue	6	
Mal de tête	7 <input type="checkbox"/> Mal de tête d'un côté	<input type="checkbox"/> Mal de tête et douleurs du cou	<input type="checkbox"/> Mal de tête au-dessus des yeux	<input type="checkbox"/> Mal de tête et nausées	7	
problèmes psychiques	8 <input type="checkbox"/> Nervosité 9 <input type="checkbox"/> Découragement	<input type="checkbox"/> Pertes de mémoire <input type="checkbox"/> Difficultés de concentration	<input type="checkbox"/> Être perturbé <input type="checkbox"/> Troubles de la parole		8 9	
YEUX	10 <input type="checkbox"/> Ne voit plus bien à distance 11 <input type="checkbox"/> Ne peut plus bien lire 12 <input type="checkbox"/> Mouches volantes	<input type="checkbox"/> Voit des étincelles <input type="checkbox"/> Voit double <input type="checkbox"/> Vue trouble	<input type="checkbox"/> Yeux qui piquent <input type="checkbox"/> Yeux exagérément larmoyants <input type="checkbox"/> Corps étranger dans l'oeil		10 11 12	
NEZ	13 <input type="checkbox"/> Douleur dans le nez 14 <input type="checkbox"/> Nez bouché	<input type="checkbox"/> Eternuements fréquents <input type="checkbox"/> Saignements de nez fréquents	<input type="checkbox"/> Odeur diminuée		13 14	
OREILLES	15 <input type="checkbox"/> Mal aux oreilles 16 <input type="checkbox"/> Démangeaisons dans l'oreille	<input type="checkbox"/> Difficultés à entendre <input type="checkbox"/> Écoulement de l'oreille	<input type="checkbox"/> Entend bourdonnement ou sifflement <input type="checkbox"/> Corps étranger dans l'oreille		15 16	
BOUCHE & GORGE	17 <input type="checkbox"/> Petites ulcérations ou aphtes 18 <input type="checkbox"/> Langue enflée 19 <input type="checkbox"/> Langue douloureuse	<input type="checkbox"/> Bouche sèche <input type="checkbox"/> Douleur dentaire <input type="checkbox"/> Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Difficultés de déglutition <input type="checkbox"/> A avalé un petit os ou une arête <input type="checkbox"/> Extinction de voix	<input type="checkbox"/> Enrouement <input type="checkbox"/> Expectoration de sang sans tousser <input type="checkbox"/> Expectoration de glaires sans tousser	17 18 19	
TOUX	20 <input type="checkbox"/> Toux par irritation de gorge 21 <input type="checkbox"/> Toux sèche de la poitrine	Toux avec expectoration de : <input type="radio"/> Sang	<input type="radio"/> Glaise claire <input type="radio"/> Glaise jaune/vert	<input type="radio"/> Glaires de couleur rouge foncé <input type="radio"/> Crachat visqueux	20 21	
COEUR & RESPIRATION	22 <input type="checkbox"/> Palpitations 23 <input type="checkbox"/> Rythme cardiaque irrégulier 24 <input type="checkbox"/> Parfois un battement du coeur manque	<input type="checkbox"/> Gêné dans la respiration par sensation d'oppression <input type="checkbox"/> Respiration douloureuse	<input type="checkbox"/> Crises de suffocation		22 23 24	
DOULEUR A' LA POITRINE, AU VENTRE AU DOS OU A' LA NUQUE Indiquez l'endroit. ➔	25 Quelle est l'intensité de la douleur ? 26 <input type="radio"/> Très forte 27 <input type="radio"/> Modérée 28 <input type="radio"/> Légère 29	25 Comment a commencé la douleur ? 26 <input type="radio"/> Brusquement 27 <input type="radio"/> S'est aggravée progressivement 28 <input type="radio"/> S'est aggravée rapidement	25 La douleur est-elle la même en permanence ? 26 <input type="radio"/> Oui 27 <input type="radio"/> Non, parfois plus, parfois moins aiguë 28 <input type="radio"/> Non, aussi périodique sans douleur 29 <input type="radio"/> Non, la douleur est 'baladeuse'		25 26 27 28 29	
PEAU - ANOMALIE INVISIBLE Indiquez l'endroit. ➔	30 <input type="checkbox"/> Douleur 31 <input type="checkbox"/> Démangeaisons 32 <input type="checkbox"/> Transpiration excessive	<input type="checkbox"/> Engourdissement <input type="checkbox"/> Picotements <input type="checkbox"/> Chute des cheveux	<input type="checkbox"/> Nodule sous la peau		30 31 32	
PEAU - ANOMALIE VISIBLE Indiquez l'endroit. ➔	33 Combien de temps avez-vous cette anomalie ? 34 ...jours 35 ...années 36 <input type="radio"/> Depuis la naissance	Cochez la mention utile: <input type="radio"/> Cela démange parfois <input type="radio"/> Cela s'est développé <input type="radio"/> Cela saigne parfois	<input type="radio"/> C'est douloureux		33 34 35 36	
BRAS ET JAMBES Indiquez l'endroit. ➔	37 <input type="checkbox"/> Douleur 38 <input type="checkbox"/> Articulation bloquée 39 <input type="checkbox"/> Les muscles se sont affaiblis	<input type="checkbox"/> La douleur survient après avoir marché un peu, disparaît après un bref repos <input type="checkbox"/> Raideur des muscles après le lever	<input type="checkbox"/> Raideur des muscles pendant toute la journée <input type="checkbox"/> Difficulté à faire des mouvements		<input type="checkbox"/> Diminution de la commande des mouvements (bras ou jambe ne fait pas ce que vous voulez) <input type="checkbox"/> Tremblements involontaires	37 38 39
DIGESTION	40 <input type="checkbox"/> Nausées 41 <input type="checkbox"/> Douleur en avalant 42 <input type="checkbox"/> Impossibilité d'avalier 43 <input type="checkbox"/> Hoquets très fréquents	<input type="checkbox"/> Soif excessive <input type="checkbox"/> Pas d'appétit <input type="checkbox"/> Sensation de gonflement <input type="checkbox"/> Renvois fréquents	<input type="checkbox"/> Ballonnements excessifs <input type="checkbox"/> Brûlures d'estomac Vomissements de : <input type="radio"/> Salive		<input type="radio"/> Restes de nourriture <input type="radio"/> De sang <input type="radio"/> De bile	40 41 42 43
SELLES	44 <input type="checkbox"/> Douleurs pour en allant à la selle 45 <input type="checkbox"/> Hémorroïdes 46 <input type="checkbox"/> Démangeaisons autour de l'anus 47 <input type="checkbox"/> Incontinence fécale	Pas de selles depuis : ... jours <input type="checkbox"/> Les selles sont parfois dures, parfois liquides	<input type="checkbox"/> Diarrhée ou selles anormales telles que : <input type="radio"/> Selles aqueuses <input type="radio"/> Très dures		<input type="radio"/> Avec des vers <input type="radio"/> Avec du sang <input type="radio"/> Goudronneuses	44 45 46 47
ORGANES GÉNITAUX FEMININES	48 <input type="checkbox"/> Démangeaisons internes 49 <input type="checkbox"/> Démangeaisons externes	<input type="checkbox"/> Pertes excessives <input type="checkbox"/> Pertes contenant du sang	<input type="checkbox"/> Pertes nauséabondes <input type="checkbox"/> Douleur au cours des rapports sexuels	<input type="checkbox"/> Pertes de sang pendant ou après les rapports sexuels	48 49	
SEINS	50 <input type="checkbox"/> Enflés/très douloureux	<input type="checkbox"/> Grosseur dans un sein	<input type="checkbox"/> Changement d'un sein ou mamelon		50	
MENSTRUATION	51 Absence de règles depuis : 52 ... jours	<input type="checkbox"/> Règles très douloureuses <input type="checkbox"/> Pertes de sang abondantes	<input type="checkbox"/> La durée du cycle a changé	<input type="checkbox"/> Perte de sang entre les règles	51 52	
GROSSESSE	53 Je suis enceinte et je : 54 <input type="radio"/> veux savoir si tout va bien	<input type="radio"/> perds du sang <input type="radio"/> perds du poids	<input type="radio"/> ne sens plus bouger l'enfant	<input type="radio"/> sens des contractions	53 54	
EXCRÉTION D' URINE	55 <input type="checkbox"/> Besoin fréquent d'uriner en petites quantités 56	<input type="checkbox"/> Incapacité d'uriner <input type="checkbox"/> Brûlures quand j'urine	<input type="checkbox"/> Besoin fréquent d'uriner pendant la nuit <input type="checkbox"/> Incontinence d'urine	<input type="checkbox"/> Sang dans l'urine <input type="checkbox"/> L'urine est trouble et/ou sent mauvais	55 56	
ORGANES GÉNITAUX MASCULINS	57 <input type="checkbox"/> Démangeaisons du pénis ou autour 58 <input type="checkbox"/> Plaies ou éruptions sur le pénis ou autour	<input type="checkbox"/> Pertes de pénis <input type="checkbox"/> Douleur dans les bourses	<input type="checkbox"/> Grosseur dans les bourses <input type="checkbox"/> Incapable d'avoir une érection		57 58	
NOURRISSONS ET TRÈS JEUNES ENFANTS - L' enfant a ? :.....	59 <input type="checkbox"/> De la fièvre 60 <input type="checkbox"/> Il a mal 61 <input type="checkbox"/> Il pleure sans arrêt 62 <input type="checkbox"/> Il est indolent 63 <input type="checkbox"/> Il ne réagit pas à l'entourage 64 <input type="checkbox"/> Il ne veut pas boire 65 <input type="checkbox"/> Il ne veut pas manger	<input type="checkbox"/> Mal aux oreilles <input type="checkbox"/> Il ne peut pas ou a des difficultés à avaler <input type="checkbox"/> Il a avalé quelque chose (dessiner ou montrer un objet identique) <input type="checkbox"/> Il a avalé du poison (montrer l'emballage) <input type="checkbox"/> Mal à la gorge <input type="checkbox"/> Écoulement nasal	<input type="checkbox"/> Il vomit en mangeant <input type="checkbox"/> Il vomit fortement après le repas Il a la diarrhée depuis : ... jours Il n'est pas allé à la selle depuis : ... jours <input type="checkbox"/> Il tousse beaucoup	Troubles respiratoires : <input type="radio"/> surtout la nuit <input type="radio"/> par crises <input type="radio"/> sans arrêt <input type="checkbox"/> Plaques ou éruptions <input type="checkbox"/> A eu une crise de convulsions	59 60 61 62 63 64 65	
	A	B	C	D		