

## FORMULAIRE MÉDICAL

NOM \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Est-ce que le patient a un historique familial et/ou personnel associé à l'une des maladies suivantes ? (S.v.p. indiquer si c'est familial ou personnel)

alcoolisme \_\_\_\_\_ arthrite \_\_\_\_\_ asthme \_\_\_\_\_

cancer \_\_\_\_\_ problème cardiovasculaire \_\_\_\_\_ diabète \_\_\_\_\_

problème de consommation de drogue \_\_\_\_\_ épilepsie \_\_\_\_\_

handicape \_\_\_\_\_ chirurgie majeure \_\_\_\_\_

tuberculose \_\_\_\_\_ maladies vénériennes \_\_\_\_\_

autres \_\_\_\_\_ commentaires \_\_\_\_\_/.

Est-ce que cette personne a déjà été traitée pour des problèmes mentaux ? Si oui, s.v.p. en expliquer les raisons : \_\_\_\_\_

Commentaire(s) sur la condition émotionnelle du patient tel que vous le connaissez :

\_\_\_\_\_

Condition physique actuelle du patient:

Grandeur \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_ Pression sanguine \_\_\_\_\_

## APPARENCE GÉNÉRALE

NORMAL	ANORMAL	EXPLICATION
Coeur		
Poumons		
Abdomen		
Extrémités		
Parties génitales		
Ouïe		
Système musculaire		
Système nerveux		
Vision		

Résultats des tests de laboratoire: (Doivent être valides et de moins de 6 mois au moment du dépôt du dossier.)

Test de tuberculose et/ou radiographie des poumons Date \_\_\_\_\_ Résultat \_\_\_\_\_

Test d'urine générale Date \_\_\_\_\_ Résultat \_\_\_\_\_

Est-ce que le patient est un fumeur? Oui\_\_\_\_\_ Non\_\_\_\_\_

Est-ce que le patient a une condition physique chronique ? Oui\_\_\_\_\_ Non\_\_\_\_\_

Est-ce que le patient a déjà été hospitalisé ? Oui\_\_\_\_\_ Non\_\_\_\_\_

Si oui, s.v.p. expliquer pourquoi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Depuis combien d'années traitez-vous ce patient ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous inquiet et avez-vous des commentaires concernant les aptitudes de ce patient à

Devenir un parent adoptant? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Est-ce que cette personne est en bonne santé et libre de maladie contagieuse ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin et # de pratique

Date \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_