

Vos réponses sont facultatives. Vos données personnelles sont soumises à la protection des données.

## Souffrez-vous de l'une des affections suivantes?

- Maladie de la glande thyroïde     Hypertension     Troubles cardiovasculaires  
 Asthme     Diabète     Maladie de l'estomac/de l'intestin  
 Rhumatismes     Hypertension intra-oculaire     Autres:

## Les médicaments prescrits peuvent-ils être remplacés par des médicaments génériques?

- Oui, si pharmaceutiquement judicieux     non     suivant la situation

## Souffrez-vous d'intolérance ou d'allergie aux substances suivantes?

- Pénicilline     Sulfamidés     Aspirine  
 Autres:

## Prenez-vous d'autres médicaments que ceux qui vous ont été prescrits?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Êtes-vous enceinte?     oui     non

Si «oui», date prévue pour l'accouchement

Allaitiez-vous?     oui     non

Votre taille  cm

Votre poids actuel  kg

Votre âge  ans

Date  Signature \_\_\_\_\_