QUESTIONNAIRE : ASTHME

Questionnaire confidentiel à remplir par le médecin de votre choix

NOM : M'BAYE

PRENOM : Sokhna.

Date de Naissance : 21-02-1969.

Taille : 172	Poids : 103.
Tension artérielle : 160 / 90	Date : 23-05-2022. traitée ☐
Consommation de tabac Oui ☐ Non ☒	Date de début : Nombre de cigarettes par jour : Nombre de cigares par jour : Nombre de pipes par jour : **Si arrêt du tabagisme**, à quelle date :
Activités sportives Non ☒ Oui ☐	Lesquelles : ..... Fréquence : .....

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire/date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

NATURE DE L'AFFECTION : ASTHME

ORIGINE : Allergique ☒ Autre ☐ laquelle : Hereditaire.

Date de découverte : ___/___/ Enfance. Date de la dernière consultation : ___/___/ 2020.

DIAGNOSTIC	OUI	NON	Commentaires
A quelle occasion a-t-il été découvert ?			Précisez : Enfance.
Nombre de crises :			Mensuellement ..... Annuellement : 1 Durées des crises 3 jours.
Ces crises sont-elles saisonnières ?	☒	☐	Quand ? : Mars Avril.
Facteurs déclenchants ?	☒	☐	Lesquels ? : Poussière. Saison sèche.
Est- il traité ?	☒	☐	En permanence ☐ En intermittence ☒ Depuis quand ? Enfance.
Epreuves fonctionnelles respiratoires *	☐	☒	Si OUI existe-t-il ? : Dyspnée de repos Non ☐ Oui ☐ Sévérité : ..... Dyspnée d'effort Non ☐ Oui ☐ Sévérité : ..... Dilatation permanente de la cage thoracique Non ☐ Oui ☐ Des sibilants Non ☐ Oui ☐ Degré d'obstruction ? : .....
Existent-ils des complications extra pulmonaires?	☐	☒	Lesquelles ? : ..... Date : .....
Est- il traité ?	☐	☐	En permanence ☐ En intermittence ☐ Depuis quand ?
Certaines crises ont-elles nécessité une hospitalisation ?	☐	☒	Combien ? : ..... Durée ? .....

QUESTIONNAIRE MEDICAL : POIDS

Questionnaire confidentiel à remplir par le médecin de votre choix

NOM : ABAYE

PRENOM : Sabrina.

Date de Naissance : 21-09-1969 **Activités professionnelles :**

Taille : 1,72 m

Poids : 103 kg

Tension artérielle : 160 / 90

Périmètre thoracique moyen : 118 cm.

Fumeur Non ☒ Oui ☐

Activités sportives Non ☒ Oui ☐

Variations importantes depuis 2 ans ? Non ☒ Oui ☐

si OUI, indiquez l'évolution sur les deux dernières années : .....

Date : .....

Périmètre abdominal : .....cm.

☐ cigarettes nombre / jour .....

☐ autres (préciser) ..... nombre / jour .....

Lesquelles : .....

Fréquence : .....

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire/date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité

PATHOLOGIES ASSOCIEES	OUI	NON	Commentaires
Diabète ?	☐	☒	Nature : ..... Traitement : ..... depuis le .....
Hypertension traitée ?	☐	☒	Traitement : .... depuis le .....
Hépatopathie / Stéatose hépatique / Anomalies des paramètres de la fonction hépatique	☐	☒	.... Date : ....
Cardiopathies	☐	☒	.....
Hyperlipidémie	☐	☒	.....
Cholelithiase	☐	☒	.....
Hyperuricémie	☐	☒	.....
Apnée nocturne/ Apnée du sommeil	☐	☒	.....
Arthropathie / Troubles Musculo-squelettique	☐	☒	.....
Suspicion de syndrome métabolique	☐	☒	.....
Autres	☐	☒	Lesquelles ? ....

	OUI	NON	Commentaires
Le proposant a-t-il subit des interventions chirurgicales ?	☐	☒	Lesquelles ? ..... Quand ? .....
Le proposant doit-il subir d'autres examens, traitements, ... ?	☐	☒	Lesquels ? ..... Quand ? .....

MALADIES ASSOCIEES	OUI	NON	Commentaires
Le proposant suit-il un traitement pour une affection autre que son asthme ?	☐	☒	Lequel ? ..... Depuis quand ?.....
Le proposant a-t-il subit des interventions chirurgicales ?	☐	☒	Lesquelles ?..... Quand ?.....
Le proposant doit-il subir d'autres examens, traitements, chirurgies ... ?	☐	☒	Lesquels ?..... Quand ? .....

Y a t il eu prescription d'arrêts de travail ? si, **OUI** dates et durée : .....

Remarques éventuelles : .....

.....

.....

***IMPORTANT : une copie des examens spéciaux avec leurs comptes rendus doivent être transmis afin de permettre au service médical de se prononcer en toute connaissance de cause.**

Certificat médical remis en mains propres au patient pour faire valoir ce que de droit

Date : 16-06-2022
Lieu : Dakar.

Cachet du Médecin :

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

DOSAGES (obligatoirement < 3 mois)	Résultats	DATES
Numération des Globules Rouges		
Numération des Globules Blancs		
Eosinophilie	**%**	
IGE spécifiques (RAST)		

EXAMENS (*)	OUI	NON	Commentaires
- Radiographie du thorax	☐	☒	Normal ☐ Anormal ☐
- Test cutané ?	☐	☒	Acarien Oui ☐ Non ☐
			Pollen de graminées Oui ☐ Non ☐
			Poils animaux Oui ☐ Non ☐
			Pollen arbres Oui ☐ Non ☐
			Poussières Oui ☐ Non ☐
			Autres Oui ☐ Non ☐
- Analyse des gaz du sang	☐	☒	Normal ☐ Anormal ☐
- ECG repos	☐	☒	Résultats : .....

A quelle date ?.....
Date : .....
Date : .....
Date : .....
Date : .....
Date : .....
A quelle date ?.....
A quelle date ?.....

CHIFFRES TENSIONNELS	Systolique	Diastolique	Pulsations par minute	Commentaires
Avant traitement				
Après traitement	160	90	103	

TRAITEMENTS	OUI	NON	Commentaires
- Actuel	☐	☐	Lesquels ?..... Depuis quand ? .....
			Résultats : .....
- Antérieur	☐	☐	Lesquels ?..... Durée : .....
			Cause de l'interruption :.....
- Corticothérapie	☐	☐	Voie générale ? OUII ☐ NON ☐ Par inhalation ? OUII ☐ NON ☐
			Durée .....Fréquence : .....
			Résultats : .....
- Oxygénothérapie	☐	☐	Durée .....Fréquence : .....
			Résultats : .....
- Broncho-dilatateurs	☒	☐	Voie générale ? OUII ☐ NON ☐ Par inhalation ? OUII ☒ NON ☐
			Lesquels ?..... Ventoline ..... Depuis quand ? .....
			Résultats : ..... Calme les crise .....
- Désensibilisation	☐	☐	Laquelle ? : ..... Date : .....
- Autres	☐	☐	Lesquels ? : ..... Date : .....

QUESTIONNAIRE : H T A

Questionnaire confidentiel à remplir par le médecin de votre choix

NOM : NIBAKE
PRENOM : Sodkhna.
Date de Naissance : 21-02-1969

Taille : 172.
Tension artérielle : 160 / 90
Fumeur Oui ☐ Non ☒
Activités sportives Oui ☐ Non ☒

Poids : 103.
Date : 23-05-22. traitée ☐
☐ cigarettes nombre / jour.....
Lesquelles : .....
Fréquence : .....

Alcool Oui ☐ Non ☒
(Vin, bière, cidre, cocktails, liqueurs, eau de vie, gin, whisky...)
si Oui quantité quotidienne :.....

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire/date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

HYPERTENSION ARTERIELLE : Date de découverte : 23 / 05 / 22
Essentielle **OUI** ☒ **NON** ☐
Secondaire **OUI** ☐ **NON** ☐ Si oui : cause sous-jacente : .....
Date de la dernière consultation : 23 / 05 / 22.
Préciser la fréquence des consultations : 1

CHIFFRES TENSIONNELS	Systolique	Diastolique	Pulsations par minute	Commentaires
Avant traitement	160	108	69.	Pas de traitement.
Après traitement				

Holter tensionnel ou MAPA ? **OUI** ☐ **NON** ☒.

Dates : .....
Résultats : /
Fournir copies des comptes-rendus

EXAMENS	OUI	NON	Commentaires		
- ECG* - repos	☐	☒	☐ normal	☐ anormal*.....	Date
- effort si réalisé	☐	☒	☐ normal	☐ anormal*	Date :
- Echocardiographie	☐	☒	☐ normal ☐	☐☐ anormal*	Date
- Doppler	☐	☒	☐ normal ☐	☐☐ anormal*	Date :
- Analyses de sang *	☐	☒	*Joindre les copies des résultats déjà effectués. Si aucun de ces examens n'a été fait, ils sont dans ce cas à effectuer.		
- Analyses d'urines *	☒	☐			

COMPLICATIONS :	OUI	NON	Commentaires	
- cardiovasculaires	☐	☒	.....	.....
- cérébrovasculaires	☐	☒	.....	
- rénales	☐	☒	.....	.....
- Atteinte des gros vaisseaux	☐	☒	☐ invalidante.....	.....
				.....

MALADIES ASSOCIEES	OUI	NON	Commentaires
Le proposant suit-il un traitement pour une affection autre que l'hypertension ?	☐	☒	Lequel ? ..... Depuis quand ?.....
Le proposant a-t*il subit des interventions chirurgicales ? Joindre les compte-rendu(s) opératoire(s) et histologique(s) et/ou compte-rendu(s) d'hospitalisation	☐	☒	Lesquelles ?..... Quand ?.....
Le proposant doit-il subir d'autres examens, traitements, ... ?	☐	☒	Lesquels ?..... Quand ? .....

Y a t il eu prescription d'arrêts de travail ? si, **OUI** dates et durée :

.....

Remarques éventuelles : .....

.....

.....

***IMPORTANT : une copie des examens spéciaux avec leurs comptes rendus doivent être transmis afin de permettre au service médical de se prononcer en toute connaissance de cause.**

Certificat médical remis en mains propres au patient pour faire valoir ce que de droit

Date : 16-06-2022
Lieu : Dakar

Cachet du Médecin :

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL