

Questionnaire de santé

AVEZ-VOUS :	OUI	NON
Êtes-vous allergique au latex ?		
Eu une allergie grave, de l'asthme?		
Eu des crises de tétanie ou de spasmophilie ?		
Eu une maladie du sang, une tendance anormale aux saignements ?		
Été traité(e) il y a moins de 2 ans, pour un psoriasis, par du Soriatane®?		
Etes vous ou avez-vous été traité par ROACCUNTANE ?		
Eu un accident vasculaire cérébral, des crises d'épilepsie, des convulsions, des épisodes répétés de syncope ?		
Reçu un traitement par hormone de croissance (extraits hypophysaires) avant 1989 ? Eu une greffe de tissu d'un autre donneur (cornée, tympan, dure mère, os...) ?		
Eu un membre de votre famille atteint de la maladie de Creutzfeldt-Jakob ?		
Eu un diagnostic de cancer ?		
Reçu une transfusion sanguine ?		
Vous ou votre partenaire, êtes vous porteur du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C, ou du HTLV?		
Avez-vous pris des médicaments très récemment ? si oui, lesquels ?		
Eu une maladie cardio-vasculaire (maladie valvulaire, trouble du rythme, angine de poitrine, artérite, infarctus du myocarde...) ou êtes-vous porteur d'une anomalie cardio-vasculaire congénitale ?		

