



QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom :
 Nom de jeune fille.....
 Prénom
 Date de naissance :

CONTRE INDICATIONS MEDICALES

	Oui	Non	Date/Commentaire
1 – Avez-vous des antécédents de transfusion de produits sanguins (sang, plasma, plaquettes, exsanguino-transfusion) ?			
2 – Avez-vous eu une transplantation d'organe ou de tissu ?			
3 – Avez-vous eu une dialyse rénale ?			
4 – Avez-vous eu un traitement par hormone de croissance avant 1986 ou des antécédents personnels et/ou familiaux de maladie neurodégénérative (Creutzfeld Jacob) ?			
5 – Avez-vous un antécédent d'insémination artificielle sans contrôle préalable du donneur?			
6 – Avez-vous un antécédent d'intervention neurochirurgicale ? (cerveau, colonne)			
7 – Consommez-vous une ou des substances toxiques : • Drogues : cannabis, cocaïne, héroïne • Tabac, vapotage, nicorette, patch • Alcool			
8 – Vous ou votre partenaire, avez-vous ou avez-vous eu des relations à risque ou des infections sexuellement transmissibles (hépatite B, C, HIV)			
9 – Avez-vous séjourné au Royaume Uni plus d'1 an cumulé dans la période du 1 ^{er} janvier 1980 au 31 décembre 1996 ?			
10 – Avez-vous séjourné récemment dans des zones à risque de transmission virale ou parasitaire telles qu'Ebola, Zika...			

TRAITEMENT : médicament, complément alimentaire ...

Nom	posologie	Dates du traitement

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des réponses données ci-dessus
 Je m'engage à signaler tout changement dans mon état de santé ainsi que tout nouveau médicament.

A _____, le _____
 Signature de la mère :

A _____, le _____
 Nom, signature et cachet du médecin ou sage-femme