

## QUESTIONNAIRE DE PREMIERE CONSULTATION

Consultation avec le \_\_\_\_\_  
au sujet du cancer de la prostate

Date : \_\_\_\_\_

Ce questionnaire vous est remis avant ou après la consultation afin d'aider votre médecin à mieux connaître votre maladie et être le plus exhaustif possible concernant votre passé médical et l'histoire de votre maladie. Merci de remplir avec le plus de précision possible ces informations avec un crayon. Le point concernant votre questionnaire sera fait avec votre médecin en consultation. Merci de votre collaboration

### COORDONNEES CIVILES :

Nom Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

### COORDONNEES DE VOS MEDECINS :

(de façon à leur envoyer un compte rendu de votre consultation, précisez leur adresse complète)

Généraliste :

Spécialistes :

Chirurgiens :

### ANTECEDENTS MEDICAUX :

Co-morbidités	OUI/NON	Traitement en cours
Hypertension artérielle (HTA)		
Diabète		
Dyslipidémie		
Insuffisance cardiaque		
Thrombose veineuse		
Embolie pulmonaire		
Cardiopathie ischémique		
Troubles du rythme (ACFA)		
Accident vasculaire cérébral (AIT/AVC)		
Broncho-pneumopathie chronique		

obstructive (BPCO)		
Ulcère gastrique		
Transaminases > 3 x N		
Ins. Rénale (DFR < 60 ml/min)		

- Autres (phlébite, embolie pulmonaire,...) :

### **ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :**

Types d'intervention (s)	Dates (mois/année)

### **ANTECEDENTS FAMILIAUX DE CANCER OU AUTRE :**

Père	
Mère	
Frère	
Sœur	
Grand-père (paternel / maternel)	
Grand-mère (paternel / maternel)	

### **MODE DE VIE :**

Statut marital	Seul / en couple / divorcé
Nombre d'enfants	Garçon (s) : Fille (s) :
Petits-enfants	
Métier (s)	
Tabac (nombre PA)	Oui / Non ; PA :
Alcool	Oui / Non
Allergie connue	Oui / Non ; Type :
Sport (s)	

Exposition à des produits toxiques

Oui / Non ; Type :

**TRAITEMENT ACTUEL:**

(Notez tous les traitements médicamenteux que vous prenez « en cours » même ceux qui ne sont pas en rapport avec la pathologie pour laquelle vous venez consulter) :

Nom du médicament	Nombre de prises, Posologie journalière	Depuis combien de temps

**PARAMETRES CLINIQUES :**

Etat général (0, ou 1, ou 2, ou 3, ou 4):

- 0 - Vous n'êtes pas fatigué et pouvez maintenir votre activité habituelle.
- 1 - Vous êtes fatigué mais uniquement pour travailler.
- 2 - Vous êtes un peu fatigué et vous faites la « sieste » <50% de la journée.
- 3 - Vous êtes très fatigué et vous passez >50% de la journée au lit.
- 4 - Vous êtes grabataire, incapable de quitter le lit.

Taille (cm)	
Poids avant maladie (Kg)	
Poids actuel (Kg)	
Tension artérielle (PAS/PAD)	
Pouls (BPM)	
Température (°C)	
EVA /10 (douleur)	
Dénutrition (oui/non)	

Signes généraux (transpiration nocturne, asthénie et perte du poids,...)

---

---

---

Signes urinaires (brûlures pendant l'acte urinaire, urines troubles, avec du sang, caillots, ou débris tissulaires, envies fréquentes d'uriner,..)

---

---

---

**HISTOIRE DE VOTRE MALADIE :**

Pourriez-vous définir la chronologie des événements de votre maladie pour laquelle vous consultez (dates, médecin contacté, examens faits, diagnostic, traitement chirurgical et/ou médical,...)

En vous remerciant de votre collaboration.