**QUESTIONNAIRE DE SANTE AVANT CONSULTATION et/ou ENDOSCOPIE DIGESTIVE**

**NOM :**

**Prénoms :**

**Date de naissance :**

**Sexe :**

**Numéro sécurité sociale :**

**Adresse postale:**

**Numéro de portable :**

**E-mail :**

**Profession :**

**Statut marital :**

**Médecin traitant :** *(si vous avez un courrier, vous pouvez le scanner et nous le transmettre)*

**MOTIF DE CONSULTATION :**

**Poids :**

**Taille :**

**Antécédents personnels ou familiaux de maladies digestives** :

**Allergies :**

**Autres antécédents** (diabète, hypertension artérielle…) :

**Traitement à domicile :**

**Médicaments anti-coagulants** :

**Avez-vous déjà réalisé une endoscopie digestive ? (fibroscopie, coloscopie)** *Si oui : dates et résultats :*