

**Gustave Roussy Cancer Campus**  
**Demande de rendez-vous**

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_\_\_\_  homme  femme

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville / Etat / Code postal : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone de travail : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Adressé au centre de lutte contre le cancer Gustave Roussy par :

- moi-même
- médecin généraliste
- médecin référent

Quelle est la raison principale pour laquelle vous souhaitez une consultation ? Quel est le problème que vous rencontrez ?

Quelle(s) partie(s) de votre corps est/sont concernée(s) ? Quels sont les symptômes associés (par exemple démangeaisons, brûlures, saignements, etc.)

Depuis combien de temps avez-vous ce problème en particulier ?

A quelle fréquence le problème survient-il et combien de temps cela dure-t-il ?

Quels traitements avez-vous déjà essayés et quels sont les résultats ?

**Historique de la pathologie (merci d'indiquer la localisation sur le corps et la date de diagnostic/ traitement) :**

Est-ce qu'un membre direct de votre famille a déjà eu une telle pathologie ou des problèmes similaires ?  oui  non

Si oui, merci de renseigner les éléments suivants :

Membre de la famille:

Type de problème:

Tout autre historique de pathologie dont nous devrions avoir connaissance :

**Historique médical et social**

Taille :

Poids :

Etes-vous concerné par ces conditions médicales ?

Valve cardiaque artificielle  oui  non

Cancer  oui  non

Stimulateur cardiaque/défibrillateur cardiaque  oui  non

Articulations artificielles  oui  non

Dépression  oui  non

Ulcères à l'estomac  oui  non

Si oui, merci de lister :

Rhume des foies  oui  non

Tuberculose  oui  non

Asthme  oui  non

Hépatite  oui  non Autre:

Maladie auto-immune  oui  non

Problèmes de reins  oui  non

**Historique social**

Fumez-vous ?  oui

non Si oui, combien de paquets par jour (moyenne)? \_\_\_

Buvez-vous de l'alcool ?  oui

non Si oui, combien de verres par semaine (moyenne)?

Quel est votre profession (ou ancienne profession si vous êtes retraité) ?

Médicaments et allergies à des médicaments

Merci de lister ci-dessous les médicaments que vous prenez actuellement :

1. Dose: Voie d'administration (par ex. par voie orale): Fréquence:
2. Dose: Voie d'administration (par ex. par voie orale): Fréquence:
3. Dose: Voie d'administration (par ex. par voie orale): Fréquence:

Merci d'utiliser une feuille séparée pour les médicaments additionnels.

Je suis allergique aux médicaments suivants :

Aucun – pas d'allergie à un médicament

Lidocaïne oui non      Iodine yes no

Autre:

Signature du patient (ou du tuteur si le patient a moins de 18 ans) :

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