



Questionnaire **CARDIOLOGIE**

Antécédents médicaux

Fumez-vous activement?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous un taux élevé de cholestérol?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous une tension élevée ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous une diminution de la fonction rénale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous de diabète?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous de maladie cardiaque?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous de troubles du rythme?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Portez-vous un stimulateur du cœur hartstimulator ? (Pacemaker ou défibrillateur automatique)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous d'angine de poitrine ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà fait crise cardiaque?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà fait subi une angioplastie?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà fait subi une opération du cœur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà fait une thrombose cérébrale?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Faites-vous du sport régulièrement?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous lorsque vous devez monter les escaliers en portant un sac à provisions chargé ou un poids identique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Description des Plaintes

Souffrez-vous de pieds gonflés ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous de douleurs à la poitrine à l'effort ou au repos ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous d'essoufflement à l'effort ou au repos ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Ressentez-vous de la douleur dans les membres inférieurs lorsque vous remontez rapidement un chemin en pente ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Médicaments
