



Questionnaire de première consultation de cardiologie

Nom:

Prénom:

Date de naissance:/...../.....

Sexe: M F

Poids:kg Taille: cm

Avez-vous parfois des palpitations cardiaques ? OUI NON

Etes-vous sujet aux malaises ? OUI NON

Avez-vous des troubles du sommeil ? OUI NON

Ronflez-vous ? OUI NON

Avez-vous des accès de fatigue durant la journée ? OUI NON

Vous sentez-vous facilement essoufflé ? OUI NON

Fumez-vous ? OUI NON

Si oui combien de cigarettes par jour :

Avez-vous du diabète ? OUI NON

Avez-vous du cholestérol ? OUI NON

CENTRE MEDICAL ISM

60 rue Carnot 92100 Boulogne Billancourt FRANCE

Tel : +33 01 84 19 95 22

contact@centre-ism.fr

SIRET 847 370 00014