



## 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