

Questionnaire de santé



Données personnelles :

Coller ici l'étiquette du (de la) patient(e)

Nom :		Genre : F ☐ M ☐
Prénom :		Date de naissance :
Adresse :		Etat civil :
NPA / Lieu :		Médecin de famille :
N° de téléphone :		

Directives anticipées : ☐ Non ☐ Oui (joindre une copie)

Habitudes alimentaires / boissons :

☐ Végétarien(ne)	☐ Sans lactose	☐ Sans gluten
☐ Sans poisson	☐ Sans fruits de mer	☐ Sans porc
☐ Allergies ou intolérances alimentaires :		
☐ Régime spécial :		

Troubles du sommeil :

Avez-vous été hospitalisé(e) à l'étranger dans les 12 derniers mois : ☐ Oui ☐ Non

Habitudes de vie / autonomie :

☐ Vit seul(e)	☐ Antécédent de chute	
Pour la marche :		
☐ Indépendant(e)	☐ Canne / Tintebin / Déambulateur	☐ Chaise roulante
Pour la toilette :		
☐ Indépendant(e)	☐ Toilette avec aide	
Pour la prise de médicaments :		
☐ Indépendant(e)	☐ Aide à la préparation	☐ Aide pour la prise
☐ Oxygène	☐ Autre :	

Suivi psychologique / social / environnement :

Médicaments :

Médicament :	Matin :	Midi :	Soir :	Nuit :

☐ Allergie ou intolérances à un (des) médicament(s) :

Version juin 2025

Merci de renvoyer ce formulaire rempli de manière complète et en lettres capitales avant votre séjour.

Tél : 027 472 51 01 – Fax : 027 472 50 11 – Email : reha@lbcl.ch