

Boissons : Actuellement combien de verres de boissons alcoolisées (vin, bière, apéritif, digestif) consommez-vous par jour en moyenne ? (entourez le chiffre qui convient le mieux)

0 1 2 3 4 5 6 7 plus

Faites-vous régulièrement de l'exercice ou du sport ? Oui Non

Si oui, détailler (Exemple : Marche d'un pas soutenu, environ 15 minutes par jour, au moins une heure par semaine, gymnastique, natation, tennis, vélo...)

Prenez-vous régulièrement des médicaments anti-inflammatoires contre les douleurs ?

Oui Non Je ne sais pas

Si, oui quel est le nom du médicament ?

Prenez-vous des médicaments contenant de la cortisone (comprimés, gouttes nasales, pommades) ?

Oui Non Je ne sais pas

Si, oui quel est le nom du médicament ?

NB : Si vous prenez de la cocaïne, du haschich ou autre produit, indiquez-le à votre médecin lors de votre prochaine consultation car ces produits peuvent provoquer ou aggraver l'hypertension artérielle. Cette information restera confidentielle.

Pour les femmes : depuis votre dernier rendez vous, avez-vous des éléments nouveaux concernant la grossesse, la ménopause ou un changement de contraception ?

Si oui, précisez :

Merci d'apporter votre dernière ordonnance de médicaments et vos résultats d'examens récents.

QUESTIONNAIRE DE SUIVI DU SUJET HYPERTENDU

Ce questionnaire prépare la consultation que vous allez avoir avec un médecin au sujet de votre hypertension artérielle. Remplissez le à votre domicile. Si besoin, faites-vous aider par votre entourage. Cochez la réponse qui convient aux questions qui suivent. Attention, si certaines questions sont difficiles à comprendre, mieux vaut répondre « je ne sais pas » que de donner une réponse fausse. N'oubliez pas d'apporter ce questionnaire lors de votre consultation, le médecin, reverra avec vous l'ensemble de vos réponses.

Votre Nom : **Prénom :**

Date de naissance :

Noms et adresses de vos médecins (à remplir si vous avez changé de médecin(s) ou bien si de nouveaux médecins vous suivent)

Généraliste :

Cardiologue :

Autres :

VOTRE HYPERTENSION

Ces derniers temps avez-vous fait une automesure tensionnelle au domicile ?

Oui Non

Si oui, quels sont les résultats ? (recopiez ici les moyennes et apportez le compte rendu obtenu sur le site automesure.com)

Moyenne Pression systolique =

Moyenne Pression diastolique =

Fréquence cardiaque =

Selon, vous votre tension est-elle actuellement suffisamment abaissée ?

Oui Non Je ne sais pas

TOLÉRANCE DE VOS MÉDICAMENTS

Actuellement, ressentez-vous des inconvénients avec vos médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels :

.....

Avez-vous en ce moment ?

- De l'asthme ? Oui Non Je ne sais pas
- Une toux ? Oui Non Je ne sais pas
- Un gonflement des chevilles ? Oui Non Je ne sais pas
- Un ralentissement du rythme cardiaque ? Oui Non Je ne sais pas
- Extrémités des doigts qui deviennent douloureux en cas de froid ?
 Oui Non Je ne sais pas
- Des douleurs ou gonflement des seins (troubles mammaires) ?
 Oui Non Je ne sais pas
- Des troubles sexuels ? Oui Non Je ne sais pas

VOS ANTÉCÉDENTS PERSONNELS RÉCENTS

Depuis votre dernière consultation dans notre service avez-vous été hospitalisé(e) ?

Oui Non

Si oui, où ?

Si oui, pourquoi ?

Si oui, avez-vous un courrier ou un résultat d'examen expliquant cela ? Oui Non

Si oui, merci de l'apporter à la prochaine consultation.

Avez-vous eu un problème cardiovasculaire ?

- Une « attaque cérébrale » (accident vasculaire cérébral), un bras ou une jambe qui ne fonctionnait pas, un trouble de la vision d'un œil, un trouble de la parole (aphasie) ?
 Oui Non Je ne sais pas
- Un infarctus du myocarde ? Oui Non Je ne sais pas
- Un pontage aorto-coronarien ? Oui Non Je ne sais pas
- Une dilatation coronaire (angioplastie) avec ou sans stent ? Oui Non Je ne sais pas
- Une dilatation d'une artère du membre inférieur (pour traiter une artérite des jambes)
 Oui Non Je ne sais pas

Si oui, avez-vous un courrier ou un résultat d'examen expliquant cela ? Oui Non

Si oui, merci de l'apporter à la prochaine consultation.

Depuis votre dernière consultation dans notre service avez-vous passé des examens nouveaux ?

- Des prises de sang Oui Non Je ne sais pas
- Un enregistrement de la tension sur 24 heures (différent de l'automesure)
 Oui Non Je ne sais pas
- Un scanner ou une IRM Oui Non Je ne sais pas
- Une épreuve d'effort (sur bicyclette ou tapis roulant) ou une scintigraphie cardiaque ?
 Oui Non Je ne sais pas
- Autre :

VOTRE TRAITEMENT ACTUEL POUR LA TENSION ET LES ARTÈRES

Votre traitement habituel a-t-il été changé récemment ? Oui Non Je ne sais pas

Recopiez vos médicaments actuels, noms et doses par comprimés, et nombre de comprimés par jour.

NOM	Dosage	Nombre de prise par jour

Avez-vous des remarques ou questions sur votre traitement ?

Si oui, notez les ici :

VOTRE MODE DE VIE

Votre poids actuel (en kg) est de :

Il est stable Il augmente Il diminue

Fumez-vous actuellement ?

Non

Oui (notez le nombre de cigarettes par jour)