

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Première consultation · Certificat · Synthèse

Ce formulaire a pour objectif de préparer au mieux votre prise en charge. En rassemblant ces informations en amont, nous pouvons consacrer l'intégralité de notre temps ensemble à ce qui compte vraiment : votre parcours et votre bien-être.

Merci de le compléter avec le plus grand soin, à votre rythme, avant votre rendez-vous.

1 — ÉTAT CIVIL ET SITUATION PERSONNELLE

Nom de famille

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Adresse complète

Téléphone / Courriel

Situation matrimoniale

Célibataire

Marié(e) / Pacsé(e)

Divorcé(e) / Séparé(e)

Veuf / Veuve

Profession actuelle

Activité / Loisirs principaux

Nombre de frères et sœurs

Place dans la fratrie (ex. : 2ème / 4)

Mesure de protection juridique

Aucune

Sauvegarde de justice

Curatelle

Tutelle

Autre

Si autre, préciser :

2 — MÉDECINS RÉFÉRENTS ET SUIVI EN COURS

Médecin traitant (nom, coordonnées)

Autres confrères consultés (nom, spécialité, date approximative)

3 — MOTIF DE CONSULTATION ET SYMPTÔMES

Motif principal de la consultation

Symptômes initiaux (nature, date d'apparition, intensité)

Évolution actuelle des symptômes depuis leur apparition

4 — ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX PERSONNELS

Antécédents médicaux (maladies chroniques, hospitalisations – préciser les dates)

Antécédents chirurgicaux (interventions – préciser les dates)

Allergies connues (médicaments, substances – préciser la réaction observée)

5 — ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Antécédents psychiatriques dans la famille (lien de parenté, pathologie, date approximative)

Antécédents médicaux non psychiatriques dans la famille (maladies héréditaires, etc.)

6 — CONSOMMATIONS ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Indiquez les consommations passées ou présentes (tabac, alcool, cannabis, autres drogues, médicaments détournés de leur usage).

Nature de la substance, fréquence et durée de consommation

7 — TRAITEMENTS EN COURS

Listez l'ensemble des médicaments pris actuellement (nom, posologie, prescripteur).

Traitements psychiatriques

Autres traitements médicaux

Compléments alimentaires / phytothérapie / automédication

8 — CONSENTEMENT ET SIGNATURE

Information relative à la protection de vos données personnelles (RGPD – Art. 9)

Les données collectées dans ce formulaire sont des données de santé à caractère sensible. Elles sont traitées exclusivement par le Dr Lionel Marie Louise dans le cadre de votre prise en charge médicale, conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (UE) 2016/679 et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

Ces données ne seront en aucun cas transmises à des tiers sans votre consentement exprès, sauf obligation légale. Elles sont conservées pour la durée prévue par la réglementation médicale en vigueur (20 ans à compter du dernier acte). Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et d'effacement, exerçable à l'adresse du cabinet.

- J'atteste avoir pris connaissance des informations ci-dessus et consens expressément au traitement de mes données de santé par le Dr Lionel Marie Louise dans le cadre de ma prise en charge médicale.**

Fait à

Le

Signature du patient

Dr Lionel Marie Louise – Médecin Psychiatre | 10 Immeuble le Parc, Zone de la Rocade, 97139 Les Abymes | Document confidentiel – Usage médical exclusif