



Unknown Trauma - Emergency - French

Date : _____
 Date: _____
 Nom : _____
 Name: _____

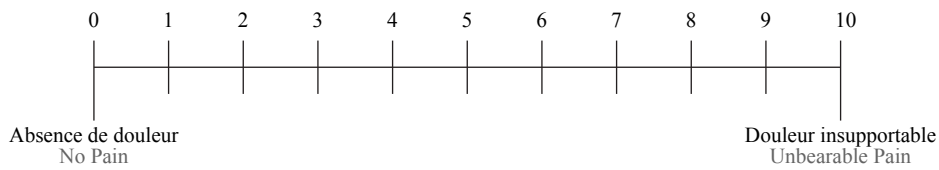
Merci d'entourer la réponse adaptée au patient :
 Please circle the correct answer for the patient:

Exemple : Oui **Non** Ne sait pas
 example: Yes No Unsure

1. Est-ce arrivé il y a plus de 6 heures ? <i>Did this occur more than 6 hours ago?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
2. Vous êtes-vous fait mal à la tête ? <i>Did you hurt your head?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
3. Avez-vous mal à la tête actuellement ? <i>Do you currently have a headache?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
4. Avez-vous perdu connaissance ? <i>Did you pass out or were you knocked out?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
5. Avez-vous mal aux yeux ? <i>Do you have eye pain?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
6. Avez-vous mal au cou ? <i>Do you have neck pain?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
7. Avez-vous des douleurs au bras ou des douleurs thoraciques ? <i>Are you having any arm, or chest pain?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
8. Avez-vous des difficultés à respirer ? <i>Are you having any trouble breathing?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
9. Avez-vous mal à l'estomac ou au ventre ? <i>Do you have stomach or belly pain?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
10. Avez-vous mal au dos ? <i>Are you having back pain?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
11. Votre bras est-il engourdi ? <i>Are you having numbness in your arm?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
12. Avez-vous mal à la jambe ? <i>Are you having pain in your leg?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
13. Votre jambe est-elle engourdie ? <i>Are you having numbness in your leg?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure

14. Veuillez décrire la douleur du patient en écrivant sur la ligne :
 Please describe the patient's pain by marking on the line:

Exemple : | | | | **X** | | | | | | | |
 example:



Veuillez inscrire le nom de la personne chargée de remplir ce formulaire. _____
 Please write the name of the person filling out this form



Adult General History - Emergency - French

Date : _____

Date: _____

Nom : _____

Name: _____

Antécédents médicaux Past Medical History

 Exemple : Oui Non Ne sait pas
 example: Yes No Unsure

1. Veuillez entourer tout ce qui s'applique aux antécédents médicaux du patient :
 Please circle all that apply to the patient's medical history:

A. Cancer Cancer	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
B. Hypertension High Blood Pressure	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
C. Problèmes cardiaques Heart Problems	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
D. Diabète - Sucre Diabetes / Sugar	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
E. Problèmes pulmonaires - Asthme Lung Problems / Asthma	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
F. Malaises Seizures	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
G. Chirurgie Surgery	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
H. Autre Other - Not Listed	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure

2. Veuillez entourer tous les médicaments pris par le patient ou qui lui ont été prescrits
 Please circle all medications the patient is taking or has been prescribed:

A. Médicament pour la pression artérielle - Médicament pour le cœur Blood Pressure Pill / Heart Medicine	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
B. Aspirine - anticoagulants Aspirin / Blood Thinners	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
C. Insuline - Médicament pour le diabète Insulin / Diabetes Pill	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
D. Médicament pour crise épileptique Seizure Medicine	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
E. Acétaminophène - Ibuprofène Acetaminophen / Ibuprofen	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
F. Autre Other - Not Listed	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure

3. Êtes-vous allergique à certains médicaments ?
 Do you have any allergies to medicines? Oui Non Ne sait pas
 Yes No Unsure

Adult General History - Emergency - French

Date : _____

Date: _____

Nom : _____

Name: _____

Antécédents sociaux et familiaux

Social and Family History

4. Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé ? <i>Do you now or have you ever smoked tobacco?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
5. Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé de l'alcool ? <i>Do you now or have you ever consumed alcohol?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
6. Un membre de votre famille a-t-il eu un cancer ? <i>Has anyone in your family had cancer?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
7. Un membre de votre famille a-t-il eu une crise cardiaque ? <i>Has anyone in your family had a heart attack?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure

Evaluation des systèmes

Review of Systems

8. Avez-vous souvent mal à la tête ? <i>Do you often have headaches?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
9. Avez-vous des problèmes de vision ? <i>Do you have problems with your vision?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
10. Avez-vous des bourdonnements dans les oreilles ? <i>Do you have ringing in your ears?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
11. Avez-vous des grosseurs sous les aisselles, dans le cou ou à l'aîne ? <i>Do you have lumps in your armpits, neck or groin?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
12. Votre cœur bat-il très rapidement ou de façon irrégulière ? <i>Does your heart race or skip beats?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
13. Toussez-vous fréquemment ? <i>Do you cough frequently?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
14. Avez-vous des selles blanches ou noires ? <i>Do you have black or dark stools?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
15. Éprouvez-vous des problèmes pour uriner ? <i>Do you have problems urinating?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
16. Avez-vous des douleurs aux articulations ? <i>Do you have aches and pains in your joints?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure
17. Avez-vous perdu du poids récemment, de façon inexplicquée ? <i>Have you had recent unexplained weight loss?</i>	Oui Yes	Non No	Ne sait pas Unsure

Veuillez inscrire le nom de la personne chargée de remplir ce formulaire. _____

Please write the name of the person filling out this form _____