

Formulaire Médical Patient

Séjours Guolin Qigong et Cancer

Extrait RGPD (CNIL)

Les informations recueillies sur ce formulaire serviront à votre professeur **une prise en charge optimale de la pathologie en fonctions des exercices proposés**. La base légale du traitement est : **le consentement**. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : **Nom de l'enseignant.....**

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. **Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Vous pouvez également exercer votre droit à la portabilité de vos données.**

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Note importante : Merci d'accorder le plus grand soin à ce dossier. Il servira tout d'abord de point de repère à l'élaboration de votre stratégie de pratique durant le séjour, mais également au suivi de l'évolution de votre état de santé à l'issue du séjour.

Protection des données personnelles

Je soussigné(e), **Nom :** _____ **Prénom :** _____, certifie l'exactitude des informations médicales déclarées ci-après. J'ai bien pris connaissance que l'ensemble de ces informations médicales me concernant restent strictement confidentielles et ne seront en aucun cas transmises à un tiers ou à un quelconque organisme / entreprise. Elles pourront toutefois faire l'objet de travaux de recherche contre le cancer, menés par Christophe Cadène. Dans ce cas et à cette seule fin, une autorisation explicite me sera demandée et l'anonymat sera respecté.

Questionnaire médical

Nom : _____ **Prénom :** _____

Type de pathologie cancéreuse (Veuillez cocher les cases correspondantes)

- Cancer Hémopathie maligne

Veuillez préciser svp la nature de la pathologie : _____

Date de diagnostic

- Pathologie diagnostiquée en _____

Traitement (Veuillez cocher les cases correspondantes)

- Je suis actuellement en cours de traitement : Oui Non

- Si oui, veuillez préciser svp la nature du traitement :

- Traitement par **chimiothérapie**

- Veuillez préciser le nom de la molécule utilisée ou le nom du médicament utilisé

- Mode d'administration : oral injection intraveineuse

- Traitement par **radiothérapie**

- Radiothérapie externe

- Curiethérapie

* Voie orale

* Injection intraveineuse

- Radiothérapie métabolique (radio-chimiothérapie)

- Traitement par **immunothérapie**

- Veuillez préciser si besoin : _____

- Traitement par **hormonothérapie**

- Veuillez préciser svp le nom du traitement : _____

- Autre forme de traitement (Veuillez préciser svp) : _____

- Nombre de séances programmées : _____

- Date de début du traitement en cours : _____

- Date de fin du traitement en cours : _____

- Nombre de séances reçues à ce jour : _____

- Avez-vous suivi subi une **intervention chirurgicale** (si oui, veuillez préciser svp) ?

- Nature de l'intervention : _____

- Date de l'intervention : ____/____/____

- Avez-vous reçu une **greffe de moelle osseuse** (cellules souches hématopoïétiques) ? : Oui Non

- Date de l'intervention : ____/____/____

- Je ne suis plus sous traitement mais j'ai suivi un traitement (veuillez préciser svp) :

- Traitement reçu : _____

- Date d'arrêt du traitement : ____/____/____

Pathologies éventuellement associées à la pathologie principale (Veuillez cocher les cases correspondantes)

- **Surpoids / Obésité (précisez votre poids et votre taille)**

- Poids en kg : _____

- Taille en cm : _____

- IMC (Indice de Masse Corporelle) : _____

- Troubles de la tension artérielle (veuillez préciser svp)

* Hypertension

* Hypertension compliquée

Veuillez préciser svp s'il s'agit de complications cardiaques, rénales ou vasculo-cérébrales) : _____

* Hypotension

* Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Insuffisance cardiaque

• Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Antécédent d'A.V.C.

• Veuillez préciser la date de l'A.V.C. : _____

• Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Antécédents de coronaropathie (athérosclérose)

• Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? : Oui Non

• Nature de l'intervention : _____

• Date de l'intervention : _____

• Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Antécédents de chirurgie cardiaque

• Date de l'intervention : _____

• Nature de l'intervention : _____

• Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Pathologies Respiratoires Chroniques

• Broncho Pneumopathie Obstructive (B.P.O.)

* Date de premier diagnostic : _____

* Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

• Insuffisance respiratoire

* Date de premier diagnostic : _____

* Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

• Asthme

* Date de premier diagnostic : _____

* Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

• Fibrose pulmonaire

* Date de premier diagnostic : _____

* Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

• Syndrome d'Apnées du Sommeil

* Date de premier diagnostic : _____

* Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Autre Veuillez préciser svp : _____
 * Date de premier diagnostic : _____
 * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Pathologies Hépatiques Chroniques Veuillez préciser svp :

- Alcoolisme chronique
 * Date de premier diagnostic : _____
 * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Hépatites Veuillez préciser svp : _____
 * Date de premier diagnostic : _____
 * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Stéatohépatite non alcoolique métabolique (N.A.S.H)
 * Date de premier diagnostic : _____
 * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Hémochromatose Veuillez préciser svp le taux de fer : _____
 * Date de premier diagnostic : _____
 * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Autre Veuillez préciser svp : _____
 * Date de premier diagnostic : _____
 * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Insuffisance Rénale Chronique

- Date de premier diagnostic : _____
- Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? : Oui Non
- Nature de l'intervention : _____
- Date de l'intervention : _____
- Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Immunodépression congénitale ou acquise Veuillez préciser svp :

- Syndrome de Di George Veuillez préciser svp la glande concernée :
 * Parathyroïdes Thymus
 * Date de premier diagnostic : _____
 * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Agammaglobulinémie Veuillez préciser svp le type d'affection concerné :
 * ORL Pulmonaire
 * Date de premier diagnostic : _____
 * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Hypogammaglobulinémie
 * Précisez le taux de gammaglobulines svp : _____
 * Date de premier diagnostic : _____
 * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Infection par le VIH et Sida
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Autre Veuillez préciser svp : _____
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Pathologies du sang (autres que cancéreuses) Veuillez préciser svp :

- Anémie
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Thrombocytopénie (faible taux de plaquettes sanguines)
 - * Dernier taux enregistré (dater svp) : _____
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Polyglobulie (augmentation de l'hémoglobine et des globules rouges)
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Syndrome Drépanocytaire Majeur (S.D.M.)
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Microsphérocytose (anémie par anomalie de la membrane des globules rouges)
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Autre
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Pathologies neurologiques dégénératives Veuillez préciser svp :

- Maladie d'Alzheimer
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Maladies du motoneurone Veuillez préciser svp : _____
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Maladie de Huntington
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Maladie à Corps de Lewy (D.C.L.)
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Maladie de l'Atrophie Corticale Postérieure (A.C.P.)
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Sclérose Latérale Amyotrophique (S.L.A.) ou Maladie de Charcot
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Myasthénie Veuillez préciser svp : _____
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Maladie de Parkinson
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Paralyse cérébrale
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Quadriplégie ou hémiplégie
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Maladie cérébelleuse progressive
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Autre Veuillez préciser svp : _____
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Pathologies auto-immunes Veuillez préciser svp :

- Sclérose en Plaques (S.E.P.)
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Diabète de type I
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Polyarthrite rhumatoïde
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Spondylarthrite ankylosante
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Psoriasis
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Lupus érythémateux disséminé
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Vitiligo
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Maladie de Crohn
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Syndrome de Guillain-Barré
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Autre Veuillez préciser svp : _____
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____

- Pathologies psychiatriques Veuillez préciser svp :

- Troubles dépressifs
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Troubles bipolaires
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Troubles anorexiques / boulimiques
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Troubles schizophréniques
 - * Date de premier diagnostic : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Troubles anxigènes et phobiques
 - * Avez-vous une ou des phobies. Si oui laquelle ? : _____
 - * Suivez-vous un traitement à cet effet ? Si oui lequel ? _____
- Addictions
 - * Café : Consommation journalière (en unité de tasses) : _____
 - * Tabac : Consommation journalière (en unité de cigarettes) : _____
 - * Alcool (vin, bières, alcools forts, etc.) : précisez svp : _____
Consommation journalière (en unité de verres) : _____
 - * Drogues diverses (cannabis, héroïne, cocaïne, etc.) : précisez svp : _____
Consommation journalière / hebdomadaire : _____
 - * Autre addiction alimentaire : précisez svp : _____

* Autre type d'addiction : précisez svp : _____

* Pour ces addictions, suivez-vous un traitement ? Si oui lequel ? _____

Actes chirurgicaux (Veuillez cocher les cases correspondantes)

- Splénectomie (ablation de la Rate)

* Date de l'intervention : _____

- Cholécystectomie (ablation de la Vésicule Biliaire)

* Date de l'intervention : _____

- Hystérectomie (ablation de l'Utérus)

* Date de l'intervention : _____

- Prostatectomie (ablation de la Prostate)

* Date de l'intervention : _____

- Autres interventions chirurgicales :

Précisez svp : _____ Date de l'intervention : _____

Précisez svp : _____ Date de l'intervention : _____

Vaccins (Veuillez cocher les cases correspondantes)

- Êtes-vous à jour du vaccin DTP ? : Oui Non

- Avez-vous reçu une injection contre la COVID-19 ? : Oui Non

- Issue de quel laboratoire : Pfizer Moderna AstraZeneca J&J

Autre précisez svp : _____

- Nombre de dose reçues : _____

• Date de la 1^e injection : ____/____/____

• Date de la 2^e injection : ____/____/____

• Date de la 3^e injection : ____/____/____

- Autres vaccins reçus (Veuillez préciser svp) : _____

Fait à _____ le : / /

Signature précédée de la mention *Lu, compris et approuvé*