

Pre Consultation Questionnaire

Questionnaire pré-consultation

1. Name (*Nom*)

2. Date of Birth and Age (*Date de naissance et âge*)

Example 12.5.1979 Age 38 y

3. Address (*Adresse*)

(Avez-vous des allergies?)

4. Do you have any allergies?

Yes

No

Oui

Non

If yes, please specify. (Si oui, veuillez préciser)

Example Allergic to Penicillin. I get a rash.

5. What would you like to discuss with the doctor today? *Example To control my high blood sugar*

(De quoi aimeriez-vous discuter avec le docteur aujourd'hui?)

6. Do you have any medical problems? *Example Diabetes, Hypertension etc*

(Avez-vous des problèmes médicaux ?)

7. Do you take any regular medication?

Yes

No

(Prenez-vous des médicaments réguliers?)

Oui

Non

If yes, can you kindly list below. Please include the

(Si oui, pouvez-vous la liste ci-dessous? S'il vous plaît inclure les doses)

Medication <i>Les médicaments</i>	Dose and Frequency <i>Dose et fréquence</i>	When did you start taking? <i>Quand avez-vous commencé à prendre?</i>
<i>Eg Metformin</i>	<i>500mg twice a day</i>	<i>August 2016</i>

