



Initiales : .....  
Rendez-vous :  
Jour : LU MA ME JE VE  
Date : ..... / ..... / 20.....  
Heure : ..... h .....

# Questionnaire médical

## 1. Identification

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....  
NISS : ..... Profession : .....  
GSM/Fixe : ..... Email : .....  
Adresse postale : .....  
Mutuelle : ..... (Nom + 3 chiffres, Ex : Partenamut 509)  
Assurance frais ambulatoires : .....  
Médecin traitant : ..... (Pour envoi des résultats)

## 2. Style de vie

Poids : ..... Taille : .....  
Tabac :  NON  OUI : ..... x/jour, depuis ..... ans Cannabis :  NON  OUI : ..... x/jour, depuis ..... ans  
Alcool :  NON  OCCAS.  OUI : ..... verre(s) par jour, depuis ..... ans  
Viande rouge/charcuteries :  Jamais  < 1x/sem.  1 à 3x/sem.  3 à 6x/sem.  > 1x/jour  
Exercice(s) physique(s) :  NON  OUI : .....  
Si OUI intensité :  légère (<1x/sem.)  modérée (1 à 2x/sem.)  soutenue (2 à 3x/sem.)  intense (> 3x/sem.)  
Allergies alimentaires / médicamenteuses :  NON  OUI : .....  
.....  
.....  
Médicaments en cours (Nom, dosage et heure de prise)  
.....  
.....  
.....

## 3. Antécédents

Médicaux

.....  
.....  
.....  
.....

Chirurgicaux

.....  
.....  
.....  
.....

Familiaux digestifs (Polypes, cancer colo-rectal, maladies inflammatoires digestives)

.....  
.....  
.....

**Dr Ariane Gerkens**

**for.med**

A Rue Middelbourg 78  
1170 Bruxelles

INAMI 1-88252-25-650

**Drs Gerkens - Choppin** SRL

A Clos des Chênes, 92  
1170 Bruxelles

BCE BE0 839 394 547

E consult@arianegerkens.com

IBAN BE06 0689 1039 3022

www.for-med.be

www.arianegerkens.com



Initiales : .....

#### 4. Symptômes et conséquences liés au surpoids

- Pas de symptômes : **Passez à la question 5.**  
 Présence de symptômes : **Détaillez les ci-dessous.**

##### Digestion

- Reflux  Brulant  Nausées  Ballonnements  Diarrhée  Constipation

##### Douleurs articulaires

- Dos  Genoux  Chevilles  Pieds

##### Difficultés de respiration

- Au repos  À l'effort

##### Troubles du sommeil

- Ronflements  Apnées  Fatigues

##### Troubles de la circulation

- Jambes gonflées  Jambes lourdes

##### Troubles psychologiques

- Stress  Anxiété  Dépression  Dépréciation  Culpabilité  Honte

Autres symptômes que vous souhaitez me transmettre (décrivez-les avec vos propres mots) :

.....  
.....

#### 5. Prise de sang

Avez-vous réalisé une prise de sang récemment ?  NON  OUI, date : .....

Si oui : présence d'anomalies :  Pré-diabète  Cholestérol  Tests foie  Acide urique

#### 6. Gastroskopie

Avez-vous réalisé une gastroscopie précédemment ?  NON  OUI, date : .....

Si oui : Présence de l'Helicobacter pylori ?  NON  INCONNU  OUI :  Traitement  Eradication

#### 7. Régimes essayés

- Hypocalorique globale (Weight Watcher, nutritionniste)  
 Pauvre en graisses (« LF »)  
 Pauvre en sucres (« LC », IG bas, ex : Montignac)  
 Pauvre en sucres, riche en graisses (« LCHF » régime cétogène ou « ketodiet »)  
 Riche en protéines (« HP », shakes protéinés, ex : Dukan)  
 Jeune intermittent (12h, 16h, 1 jour/semaine), cures de jeunes (3j, 5j, 7j, 10j), cures détox.  
 Autres : .....

#### 8. Traitements essayés

- Orlistat (Ally, Xénical)  
 Liraglutide (Saxenda), Sémaglutide (Ozempic, Rybelsius)  
 Préparations magistrales  
 Ballon intra-gastrique

Si oui : marque : ..... Durée de pose : ..... Remplissage :  Eau  Air

#### Dr Ariane Gerkens

for.med

A Rue Middelbourg 78  
1170 Bruxelles

INAMI 1-88252-25-650

Drs Gerkens - Choppin SRL

A Clos des Chênes, 92  
1170 Bruxelles

BCE BE0 839 394 547

E consult@arianegerkens.com

IBAN BE06 0689 1039 3022

p. 2-3

www.for-med.be  
www.arianegerkens.com



Initiales : .....

### 9. Évolution de votre poids

Retracez l'historique de l'évolution de votre poids en incluant les évènements marquants de votre vie qui ont influencé de manière significative votre poids.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 10. Habitudes alimentaires actuelles

#### Bonnes habitudes

Aliments, collations et boissons	Quantité	Type de cuisson	Heures des repas
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

#### Mauvaises habitudes

Aliments, collations et boissons	Quantité	Type de cuisson	Heures des repas
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

### 11. Questions subsidiaires

Quel est, à votre avis, la **cause principale** de votre surpoids actuel ?

1. ....

Quels sont les **3 symptômes physiques et psychiques les plus ennuyeux** à votre poids actuel ? (Par ordre d'importance)

1. ....

2. ....

3. ....

Entourez le chiffre qui correspond à votre **qualité de vie globale** à la lumière de ces symptômes :

