



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. Examens endoscopiques réalisés précédemment

- Gastroskopie : Date : Lieu : Spécialiste :
- Coloscopie : Date : Lieu : Spécialiste :

5. Symptômes digestifs

- Pas de symptômes
 - Simple dépistage : **Votre questionnaire est terminé**
 - Anomalie biologique : Sang : **Anémie ou ferritine abaissée**
 Selles : **Sang occulte (Hémocult, iFOBT)**

Présence de symptômes :

Décrivez-les brièvement avec vos propres mots :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitements pris pour soulager ces symptômes :

.....

.....

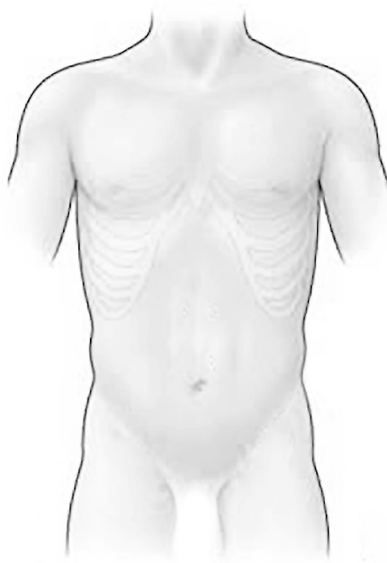
.....

.....

.....

.....

Indiquez les zones les plus inconfortables :



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. 2-4

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



Initiales :

Si vous le souhaitez, vous pouvez détailler certains symptômes, en complétant les cases vertes à droite des symptômes à l'aide des indicateurs **en gras** :

1. Le début de survenue : < inférieur à 6 mois > supérieur à 6 mois
2. La fréquence : **a.** <1x/mois **b.** <1x/sem. **c.** <1x/jour **d.** plusieurs x/jour
3. L'intensité : Echelle de **1 à 10**
4. La durée : temps en secondes, minutes, heures, jours. Ex: **10s, 1m, 4h, 7j**
5. Le cycle nyctéméral : **j.** jour **n.** nuit
6. Le lien avec le repas : **a.** avant (= à jeun) **b.** après (<1h30) **c.** à distance (>1h30)
7. Le lien avec la défécation : **s.** soulagé par la défécation **a.** aggravé par la défécation

Exemple :
Rots survenant depuis moins de 6 mois, plusieurs x/j, de forte intensité, durant 8 min., en journée, à distance du repas.

	1	2	3	4	5	6	7
<input checked="" type="checkbox"/> Rots	<	d	7	8m	j	c	-

Bouche

<input type="checkbox"/> Remontées : <input type="checkbox"/> acide <input type="checkbox"/> aliments <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> gaz <input type="checkbox"/> Excès de salive <input type="checkbox"/> Rots	1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/> Mauvaise haleine <input type="checkbox"/> Mauvais goût <input type="checkbox"/> Gonflement <input type="checkbox"/> Picotements <input type="checkbox"/> Brûlure							

Gorge

<input type="checkbox"/> Remontées : <input type="checkbox"/> acide <input type="checkbox"/> aliments <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> gaz <input type="checkbox"/> gargouillis							
<input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Raclements <input type="checkbox"/> Glaires <input type="checkbox"/> Irritation <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Douleur							
<input type="checkbox"/> Nœud <input type="checkbox"/> Déglutition difficile <input type="checkbox"/> Déglutition douloureuse							

Poitrine

<input type="checkbox"/> Remontées : <input type="checkbox"/> acide <input type="checkbox"/> aliments <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> gaz							
<input type="checkbox"/> Gêne <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Irritation <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Oppression <input type="checkbox"/> Resserrement							
<input type="checkbox"/> Déglutition difficile <input type="checkbox"/> Déglutition douloureuse							

Haut du ventre

<input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements : <input type="checkbox"/> acide <input type="checkbox"/> aliments <input type="checkbox"/> glaires Qté : <input type="checkbox"/> petite <input type="checkbox"/> importante							
<input type="checkbox"/> Estomac vite plein <input type="checkbox"/> Estomac plein longtemps							
<input type="checkbox"/> Gêne <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Irritation <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Pique <input type="checkbox"/> Crampes <input type="checkbox"/> Poids							
<input type="checkbox"/> Ballonnements (gonflement ressenti) <input type="checkbox"/> Distension (gonflement visible)							

Bas du ventre

<input type="checkbox"/> Pets : <input type="checkbox"/> inodores <input type="checkbox"/> odorants <input type="checkbox"/> insonores <input type="checkbox"/> sonores							
<input type="checkbox"/> Gêne <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Irritation <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Pique <input type="checkbox"/> Crampes <input type="checkbox"/> Poids							
<input type="checkbox"/> Ballonnements (gonflement ressenti) <input type="checkbox"/> Distension (gonflement visible)							

Anus

<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Démangeaison : <input type="checkbox"/> spontanée <input type="checkbox"/> à l'essayage <input type="checkbox"/> à selle							
<input type="checkbox"/> Boule <input type="checkbox"/> Excroissance : <input type="checkbox"/> petite <input type="checkbox"/> grosse <input type="checkbox"/> molle <input type="checkbox"/> dure <input type="checkbox"/> gêne <input type="checkbox"/> douleur							

Selles

Fréquence : min :x/sem. max :x/sem. Temps passé aux WC : max :min./jour

Consistance : billes très dure dure lisse & douce molle molle & liquide liquide

Pertes : souillures gaz liquides solides

Défécation difficile Évacuation incomplète Blocage dans le canal anal Positions spécifiques

Manœuvre manuelle : Pression externe Pression interne

Présence de sang : sur le papier dans la cuvette mélangé aux selles Quantité : faible importante

Faux besoins Urgences

Selles noires Selles grises

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



Initiales :

6. Symptômes extra-digestifs

- Fatigue Fièvre Palpitations Inappétence Amaigrissement : kg, en mois
- Urines foncées Démangeaisons Jaunisse Douleurs articulaires Respiration difficile

7. Aliments suspectés

- Produits laitiers Blé & dérivés Gluten Piment Alcool Café Aliments gras
- Fruits :
- Légumes :
- Légumineuses :
- Autres :

8. Régimes essayés

- Pauvre en lactose Pauvre en gluten Pauvre en FODMAP's
- Stop : Piment Alcool Café Aliments gras
- Autres :

9. Conclusion

À la lumière de vos réponses au questionnaire, quels sont les 3 symptômes digestifs les plus ennuyeux :

- 1.
- 2.
- 3.

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

