

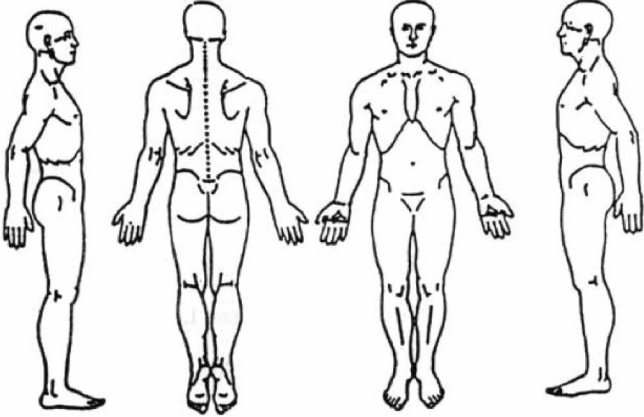


Nom : _____ Prénom : _____

Date de naiss. (J/M/A) : ____ / ____ / ____

Consultez-vous : En prévention Pour un problème en particulier

S'il y a lieu, veuillez indiquer les endroits douloureux sur le dessin



Quel est votre motif de consultation principal?

Quels sont vos autres problèmes par ordre d'importance?

- Depuis combien de temps ressentez-vous votre problème principal? _____
- Quelle est l'intensité de la douleur? Peu de douleur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur extrême
- Ce problème vous affecte combien de jours par semaine? 1 2 3 4 5 6 7
- Comment est survenu ce problème? Graduellement Subitement Suite à un accident Je ne sais pas
- Votre problème est-il plus intense...? au lever le jour le soir la nuit

Avez-vous consulté quelqu'un d'autre pour votre condition? Oui Non

Qui? _____ Quand? _____

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? Oui Non **Avez-vous été hospitalisé?** Oui Non

Si oui, précisez : _____

Avez-vous été traité pour d'autres problèmes de santé au cours de la dernière année? Oui Non

Description _____

Historique de traumatismes :

Avez-vous déjà : Subi des chutes (au travail, enfance, à la maison, etc.)? Oui Non _____

Été impliqué dans un accident de voiture/moto/autre? Oui Non _____

Subi une fracture ou dislocation? Oui Non _____

Subi une blessure sportive (entorse, commotion, etc.)? Oui Non _____

Été victime d'un autre accident? Oui Non _____

Prenez-vous actuellement des médicaments (avec ou sans prescription), des produits naturels ou des suppléments alimentaires?

Oui Non Lesquels? : _____

Anti-inflammatoires Relaxants musculaires Analgésiques Haute pression Cholestérol Anovulants

Glande thyroïde Diabète Antidépresseurs Anxiolytiques Autres : _____

Date de votre dernier examen : physique _____ sanguin _____ urinaire _____

Êtes-vous? Fumeur Ancien fumeur Non-fumeur

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

Général

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Gain de poids | <input type="checkbox"/> Perte de poids inexpliquée |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Autre problème psychologique |

Neurologique

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Étourdissements/vertiges | <input type="checkbox"/> Perte de mémoire | <input type="checkbox"/> Difficulté à parler | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Évanouissement | <input type="checkbox"/> Mal de tête | <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Difficulté à marcher |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Faiblesses | <input type="checkbox"/> Tremblements |

Musculo-squelettique

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Blessure à la tête |
| <input type="checkbox"/> Blessure au cou | <input type="checkbox"/> Blessure au dos | <input type="checkbox"/> Hernie discale | <input type="checkbox"/> Scoliose |

Endocrinien

- | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie | <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Autre problème hormonal |
|---|--|----------------------------------|--|

ORL

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trouble de vision | <input type="checkbox"/> Vision double | <input type="checkbox"/> Perte d'audition | <input type="checkbox"/> Acouphène |
| <input type="checkbox"/> Douleur à l'oreille | <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Troubles buccaux | <input type="checkbox"/> Saignement de nez |

Respiratoire

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire | <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine |
|---------------------------------|-------------------------------|--|--|

Autre

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Embolie | <input type="checkbox"/> Infarctus | <input type="checkbox"/> Arythmie |
| <input type="checkbox"/> Haute pression | <input type="checkbox"/> Basse pression | <input type="checkbox"/> Cholestérol élevé | <input type="checkbox"/> Allergies : _____ |
| <input type="checkbox"/> Brûlement d'estomac | <input type="checkbox"/> Ulcères | <input type="checkbox"/> Difficulté à uriner | <input type="checkbox"/> Incontinence |

Hommes

- | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problème de prostate | <input type="checkbox"/> Trouble érectile | <input type="checkbox"/> Problème testiculaire | <input type="checkbox"/> ITSS (MTS) |
|---|---|--|-------------------------------------|

Femmes

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleur | <input type="checkbox"/> Règles absentes | <input type="checkbox"/> Règles irrégulières | <input type="checkbox"/> Règles douloureuses |
| <input type="checkbox"/> Douleur aux seins | <input type="checkbox"/> Ménopause | <input type="checkbox"/> ITSS (MTS) | <input type="checkbox"/> Infertilité |

Êtes-vous enceinte? Oui Non Si oui, quelle est la date prévue pour l'accouchement _____

Sommeil : Heures de sommeil par nuit en moyenne _____ Position de sommeil : dos ventre côté (D ou G)

Au réveil, vous êtes : bien reposé fatigué incapable de vous lever

Activités (sports/loisirs) : _____

Stress : sur une échelle de 0 à 10, à combien se situe votre niveau de stress? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Alimentation : Avez-vous des inquiétudes au sujet de votre alimentation? Oui Non Si oui, décrire : _____

Avez-vous d'autres inquiétudes au sujet de votre santé? Oui Non Si oui, décrire : _____

Antécédents familiaux : (problème cardiaque, diabète, cancer, arthrite, problème de thyroïde, cholestérol élevé, AVC, etc.)

Mère : _____

Père : _____

Frères/sœurs : _____

Grands-parents : _____

Je déclare avoir rempli ce questionnaire au meilleur de mes connaissances.

Signature du patient ou de la personne responsable _____ Date : _____