

Questionnaire de votre état de santé

Nom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____ Occupation : _____

Tél. maison : _____ Tél. travail : _____ Cell. ou paget : _____

Référé par : _____ Courriel : _____

Souffrez-vous de façon répétitive de ? (Encerclez svp)

Otite
Sinusite
Rhinite
Laryngite
Pharyngite
Amygdalite
Reflux oesophagien
Brûlement d'estomac
Ulcère
Lenteur digestive
Constipation
Diarrhée
Ballonnement
Hémorroïde
Perte de conscience
Maux de tête
Étourdissement
Eczéma
Psoriasis

Avez-vous déjà eu des traitements ? (Encerclez svp)

Orthodontie, extraction dentaire (difficile ou complexe) implant, pont

Souffrez-vous de?

Myopie, presbytie, glaucome ou autre, précisez _____

Avez-vous déjà eu des problèmes de?

Infarctus, arythmie, palpitation

Souffrez-vous de haute tension ou basse tension artérielle?

Portez-vous un pacemaker?

Avez-vous déjà eu des problèmes?

Anémie
Leucémie
Phlébite
Thrombose
Embolie
Bronchite
Pneumonie
Mononucléose

Souffrez-vous d'asthme?

Avez-vous des allergies? (encerclez svp)
Respiratoire, alimentaire, médicamenteuse
Précisez _____

Souffrez-vous de ?

Cholestérol, si oui contrôler par la médication ou par diète? Précisez _____
Diabète, si oui contrôler par médication ou diète?
Épilepsie, si oui devez-vous prendre de la médication? Précisez _____

Avez-vous déjà eu des problèmes?

Hépatite (type A,B ou C), cirrhose, colique néphrétique (pierre au reins), cystite (infection urinaire à répétition), zona

Souffrez-vous de fuite urinaire?

Avez-vous des problèmes de?

Glande thyroïde (hyper ou hypo) ménopause, de croissance (lors de l'enfance)

Souffrez-vous d'infection répétitive si oui précisez _____

Avez-vous déjà eu des tests sanguins positif ou séropositif?

Souffrez-vous de?

Sclérose en plaques, sida, arthrite rhumatoïde, fibromyalgie

Avez-vous déjà eu une tumeur ou cancer? Si oui précisez _____

Avez-vous déjà eu?

Fracture, entorse, accident d'auto, de sport

Souffrez-vous de?

Arthrite, arthrose, ostéoporose

Avez-vous déjà eu des chirurgies? Si oui précisez _____

Médicaments pris sur une base régulière (veuillez les noter) _____

Questions féminines

Êtes-vous enceinte? Si oui combien de mois _____

Grossesses antérieures : nombres _____

Accouchements par voies vaginales ou césariennes, précisez _____

Vos menstruations sont-elles régulières? _____

Vos menstruations sont-elles douloureuses? _____

Avez-vous déjà eu une mammographie? _____ Si oui quand? _____

Résultats de la mammographie _____

Avez-vous déjà eu une fausse couche et/ou interruption de grossesse (avortement)? _____

Si oui quand _____

Souffrez-vous?

Endométriose

Infection pelvienne

Kystes

Description sommaire du poste de travail (ex : debout, assis, beaucoup de manutention, etc.)

Objectifs personnels de traitements ou but à atteindre : _____

Personne à joindre en cas d'urgence

Nom : _____

Téléphone : _____

Lien; _____

Signature : _____ **Date :** _____