

Information sur le patient

Nom: _____

Date remplie: _____

Date révisée: _____

Historique médicale Importante

- Accident véhicule motorisé (précédent)
- Alcoolisme/Dépendance
- Allergies
- Arthrite (ostéo/rhumatoïde)
- Arthrose
- Cancer/Tumeur
- Céphalées
- Chirurgies
- Défibrillateur implanté
- Diabète
- Enceinte (présentement)
- Épilepsie
- Étourdissements/Évanouissements
- Fumeur
- Goutte
- Herpès/Sida/Hépatite
- Maladie de la glande thyroïde
- Maladie de Parkinson
- Métal dans le corps
- Migraines
- Ostéoporose/Ostéopénie
- Phlébite/Caillots de sang
- Pompe Insuline
- Saignements ou contusions fréquent
- Sclérose en plaque
- Stimulateur cardiaque
- Traumas majeurs (précédent)
- Troubles de la peau
- Troubles sanguin
- Varices

Respiratoire

- Asthme
- Autres troubles respiratoire
- Bronchite
- Écoulement nasale constante
- Grippe/rhume récent
- MPOC
- Pneumonie
- Toux constante
- Troubles de sinus

Général/Neurologique

- Autre trouble du visage/tête
- Changement/Peu d'appétit
- Commotions/Trauma crânien
- Dépression/anxiété
- Difficulté de déglutition
- Difficulté de la parole
- Douleur/craquements de la mâchoire
- Douleurs faciale
- Engourdissement au visage
- Faiblesse/engourdissement localisé
- Fatigue
- Fièvre (présentement)
- Frissons (présentement)
- Grincements des dents
- Hernies
- Infections/Virus
- Manque de coordination
- Mictions fréquentes
- Otite, troubles d'oreille
- Perte/gain de poids (importante/récent)
- Sciatalgie/ problème discale
- Souvent assoiffé
- Sudation facile/importante
- Sueur nocturne
- Tremblements
- Troubles d'équilibre
- Troubles de sommeil
- Troubles dentaires
- Troubles visuels

Gastro-intestinale

- Autres troubles digestif
- Constipation
- Diarrhée
- Douleurs/crampes abdominale
- Indigestion/reflux gastrique
- Maladie de Crohn
- Maladie du foie
- Nausées
- Sang dans les selles
- Syndrome du colon irritable
- Trouble de la vésicule biliaire
- Vomissements

Génito-Urinaire

- Accouchement vaginal
- Césarienne
- Douleur à la miction
- Endométriose
- Incontinence
- Infections urinaire fréquentes
- Infections vaginale fréquentes
- Kystes/autres trouble ovariens
- Menstruation anormale
- Mictions fréquentes
- Péri-/Pré-/ménopause
- Pierres/trouble rénal
- Problème utérus
- Problèmes prostatique
- Sang dans les urines
- Urgence mictionnelle

Cardiovasculaire

- ACV
- Anémie
- Autres maladie du cœur
- Battement de cœur irrégulier
- Difficulté à respirer
- Douleur à la poitrine
- Historique d'angine
- Historique de crise cardiaque
- Hypercholestérolémie
- Maladie de Raynaud
- Pieds/jambes enflés
- Souffles cardiaques
- Tension artérielle (hyper/hypo)

Antécédents familiaux (famille immédiate)

- Arthrose/Arthrite
- Cancer
- Décès précoce
- Diabète
- Troubles cardiaques/cardiovasc.

Liste de médicaments

Information personnelle

Nom: _____
Prénom: _____
Date de naissance: _____
Adresse: _____
Appt.: _____
Ville: _____
Code postale: _____
Courriel: _____
Tél (Cell): _____
Tél (Bureau/Ext.): _____
Tél (Maison): _____

Contact en cas d'urgence

Personne à contacter: _____
Lien: _____
Tél (Cell): _____
Tél (Bureau/Ext.): _____
Tél (Maison): _____

Assurance

Oui Non

Nom de l'assurance: _____

Accident

Relié à un accident: Oui Non

De quel sorte: Sport Travail Route

Date de la blessure: _____

Activités de la vie quotidienne

Profession: _____

Surtout: Debout Assis Les deux Ergonomique: Non Oui Bureau Assis-Debout

Activité physique & Sports

Type	Nombre de fois			Saisonnière seulement						
_____	<input type="checkbox"/>	Semaine	<input type="checkbox"/>	Mois	<input type="checkbox"/>	Année	<input type="checkbox"/>	Été	<input type="checkbox"/>	Hiver
_____	<input type="checkbox"/>	Semaine	<input type="checkbox"/>	Mois	<input type="checkbox"/>	Année	<input type="checkbox"/>	Été	<input type="checkbox"/>	Hiver
_____	<input type="checkbox"/>	Semaine	<input type="checkbox"/>	Mois	<input type="checkbox"/>	Année	<input type="checkbox"/>	Été	<input type="checkbox"/>	Hiver
_____	<input type="checkbox"/>	Semaine	<input type="checkbox"/>	Mois	<input type="checkbox"/>	Année	<input type="checkbox"/>	Été	<input type="checkbox"/>	Hiver

Politique de paiement

Les paiements sont dus après chaque visite, soit par chèque, argent comptant ou virement bancaire.

Des frais impayés sont payables avant qu'un autre rendez-vous puisse être pris.

Initiales: _____

Politique d'annulation/d'absence

Pour toute annulation, veuillez nous informer au moins 48 heures avant votre rendez-vous, sinon 50% des frais vous seront facturés. Pour toute absence, 100% des frais vous seront facturés.

Initiales: _____

Reservé pour le thérapeute

Commentaires: _____

