

Bienvenue chez **ABC Clinique Santé!**  
Afin de vous assurer le meilleur service possible, nous vous demandons de prendre quelques minutes pour remplir le présent document.

INFORMATIONS  
PERSONNELLES

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AA) : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_  
Num. civic Rue Ville Code

Tel (maison) : \_\_\_\_\_ Tel (cell) : \_\_\_\_\_

Tel (travail) : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

\_\_\_ Célibataire \_\_\_ Marié(e) / Conjoint de fait Assurances privées \_\_\_ OUI \_\_\_ NON

Nombre d'enfants à charge: \_\_\_\_\_ Âges des enfants : \_\_\_\_\_

**Qui vous a référé chez ABC Clinique Santé?**

- Professionnel de la santé (identifiez SVP) : \_\_\_\_\_
- Patient à la clinique (identifiez SVP) : \_\_\_\_\_
- Journal local  Google  Réseau 411 (web ou papier)
- Site Web de la clinique  Facebook  Pages Jaunes (web ou papier)
- Autre (précisez SVP) \_\_\_\_\_

MOTIF DE CONSULTATION

**SVP indiquez quelle est la raison de votre visite à la clinique**

- Je consulte par prévention, je n'ai aucun symptôme
- Je souffre de : \_\_\_\_\_

Comment les symptômes sont-ils survenus ?

- Lentement, avec le temps – Cause inconnue
- Suite à un accident de travail ou maladie professionnelle (CSST)
- Suite à un accident de la route (SAAQ)
- Autre cause : \_\_\_\_\_

Depuis quand avez-vous ces symptômes (date)? \_\_\_\_\_

Depuis ce temps, les symptômes : \_\_\_ Diminuent \_\_\_ Augmentent \_\_\_ Restent les mêmes

Situez avec un « X » l'intensité des symptômes ressentis sur la ligne suivante :

---

Intensité faible Intensité intolérable

**Au cours de votre vie, avez-vous déjà subi des accidents, chutes, traumatismes, blessures sportives ou blessures de travail? SVP Notez tous les accidents même s'ils vous semblent mineurs.**

Accidents

Dates

---



---



---



---



---



---



---



---

**Avez-vous subi des opérations ou hospitalisations?**

Opérations / Hospitalisations

Dates

---



---



---



---



---



---



---



---

**Prenez-vous des médicaments (prescription OU vente libre), des suppléments ou produits naturels?**

Médicaments ou autres produits

Doses

---



---



---



---



---



---



---



---

**Avez-vous des allergies ou reçu un diagnostic pour une maladie ou une condition particulière? Si oui, lequel?** \_\_\_\_\_

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| ❖ Prenez-vous des anticoagulants?   | OUI | NON |
| ❖ Prenez-vous de la cortisone ou avez-vous reçu des infiltrations de cortisone? | OUI | NON |
| ❖ Êtes-vous porteur de la tuberculose?  | OUI | NON |
| ❖ Avez-vous un stimulateur cardiaque ou toutes autres formes d'implants?        | OUI | NON |

### HISTOIRE FAMILIALE

Y a-t-il des maladies ou conditions connues au sein de votre famille? (E.g. cancer, problèmes de cœur)

---



---

Qui est votre médecin de famille? \_\_\_\_\_

Nous donnez-vous la permission de contacter, au besoin, votre médecin afin de faire un suivi conjoint de votre dossier de santé? \_\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_\_ NON

➤ Si oui, SVP veuillez apposer vos initiales ici : \_\_\_\_\_

GROSSESSE

Êtes-vous enceinte présentement? \_\_\_\_ OUI \_\_\_\_ NON

Avez-vous déjà été enceinte? \_\_\_\_ OUI \_\_\_\_ NON

Nombre de grossesses total : \_\_\_\_\_

Avez-vous eu des complications reliées à vos grossesses? \_\_\_\_ OUI \_\_\_\_ NON

Précisez SVP : \_\_\_\_\_

HABITUDES DE VIE

**HABITUDES ALIMENTAIRES**

\_\_\_\_\_ repas par jour \_\_\_\_\_ collations par jour

\_\_\_\_\_ verres d'eau par jour \_\_\_\_\_ consommations d'alcool par jour

\_\_\_\_\_ consommations de café ou thé par jour

\_\_\_\_\_ consommations de boisson gazeuse par jour

\_\_\_\_\_ cigarettes par jour / Si vous avez arrêté de fumer, depuis quand? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ autres drogues / fréquence : \_\_\_\_\_

**SOMMEIL**

Nombre d'heures de sommeil par nuit : \_\_\_\_\_

Position de sommeil : \_\_\_\_\_ Dos \_\_\_\_\_ Ventre \_\_\_\_\_ Côté droit \_\_\_\_\_ Côté gauche

Sommeil récupérateur : OUI NON

**ACTIVITÉS PHYSIQUES**

Activités physiques pratiquées régulièrement : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures d'activité physique par semaine : \_\_\_\_\_

**VIE PROFESSIONNELLE**

Quel est votre emploi ? \_\_\_\_\_

Nombres d'heures travaillées par semaine : \_\_\_\_\_

**CONSENTEMENT**

J'autorise le(la) professionnel de la santé à effectuer un examen physique (si applicable).

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du témoin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## À QUELLE FRÉQUENCE RESSENTEZ-VOUS LES SYMPTÔMES SUIVANTS?

Jamais (J)    Parfois (P) = +/- 1 fois par mois    Souvent (S) = Plusieurs fois par mois

J	P	S		J	P	S				
			<b>SYSTÈME RESPIRATOIRE</b>				<b>SYSTÈME URINAIRE</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à uriner			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toux sèche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur en urinant			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toux productive (grasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infections urinaires			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sang dans l'urine			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mictions fréquentes			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sifflement, râlement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mictions urgentes			
			<b>SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinence
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension artérielle				<b>OREILLE – NEZ - BOUCHE</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vision trouble			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur, serrement à la poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte de vision			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Larmoiement			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeur aux yeux			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enflure aux jambes ou aux bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sécheresse aux yeux			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mains et pieds froids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Écoulement nasal			
			<b>SYSTÈME DIGESTIF</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saignement nasal			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brûlements d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Changement d'odorat			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestion nasale			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite, douleur à l'oreille			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte auditive			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crampes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bourdonnement / sifflement			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sang dans les selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensation d'oreille pleine			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hémorroïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Changement du goût			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausées ou vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux de gorge			
			<b>SYSTÈME NERVEUX</b>				<b>SYSTÈME REPRODUCTEUR</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engourdissements ou picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syndrome prémenstruel			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte ou augmentation de sensation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menstruations douloureuses			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faiblesse musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flux menstruel abondant			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tremblements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pertes vaginales			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficultés à avaler ou à articuler des mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles érectiles			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de fertilité			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux de tête				<b>PEAU</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pertes d'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczéma			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxiété ou nervosité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeur ou décoloration			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sécheresse			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à se concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Démangeaisons			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pertes de mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudation excessive			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnie				<b>SYSTÈME MUSCULAIRE</b>			
			<b>SYSTÈME ARTICULAIRE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur musculaire			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raideur articulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tension musculaire			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déformation articulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatigue musculaire			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleurs articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromyalgie			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrose ou arthrite							