

Afin de vous assurer le meilleur service possible, nous vous demandons de prendre quelques minutes pour remplir le présent document.

Information personnelle

Nom : _____

Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____

Adresse complète : _____
Num. civic Rue Ville Code Postal

Tel (maison) : _____ Tel (cell) : _____

Tel (travail) : _____ Courriel : _____

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

Qui vous a référé chez ABC Clinique Santé?

Professionnel de la santé (identifiez SVP) : _____

Patient à la clinique (identifiez SVP) : _____

Google Facebook (svp précisez) _____ Instagram Néomédia

Autre (précisez): _____

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 inconnu

Suite à un accident de la route (**SAAQ**)

Suite à un accident de travail ou maladie professionnelle (**CNESST**)

Autre cause : _____

Et ce que les symptômes :

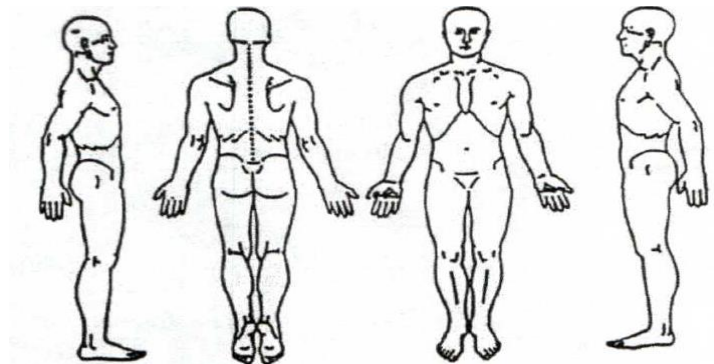
Augmente Diminue Restent les mêmes

Êtes-vous présentement en arrêt de travail? Oui Non Si oui, quelle est la raison : _____

Sur le schéma ci-contre, veuillez indiquer les endroits douloureux :

Sur 10, veuillez nous indiquer le degré de votre douleur ou inconfort : /10

Depuis quand avez-vous ces symptômes (date):



Historique de traumatisme

Avez-vous déjà :

- Subi des chutes (au travail, enfance, à la maison, etc.)? _____
- Été impliqué dans un accident de voiture/moto/autre? _____
- Subi une fracture ou dislocation? _____
- Subi une blessure sportive (entorse, commotion, etc.) _____
- Été victime d'un autre accident? _____

Avez-vous déjà subi des opérations ou hospitalisations?

Opérations/Hospitalisations

Dates

Avez-vous reçu un diagnostic pour une maladie ou condition particulière? Oui Non

Si oui précisez : _____

Prenez-vous actuellement des médicaments (avec ou sans prescription), des produits naturels ou des suppléments alimentaires? Oui Non Lesquels : _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anti-Inflammatoires : _____ | <input type="checkbox"/> Relaxant musculaire : _____ |
| <input type="checkbox"/> Haute pression : _____ | <input type="checkbox"/> Analgésique : _____ |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol : _____ | <input type="checkbox"/> Anovulant : _____ |
| <input type="checkbox"/> Glande Thyroïde : _____ | <input type="checkbox"/> Antidépresseur : _____ |
| <input type="checkbox"/> Anxiolytiques : _____ | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

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

Antécédents Familiaux (problème cardiaque, diabète, cancer, arthrite, problème thyroïde, cholestérol, AVC, etc.)

Mère/père : _____

Frères/sœurs : _____

Grands-parents : _____

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 alimentaires

SVP indiquez le nombre par jour :

Repas: _____ Collation: _____ Verre d'eau : _____

Boisson gazeuse : _____ Café et/ou thé : _____ Consommation d'alcool : _____

Cigarettes : _____ Si vous avez arrêté, depuis quand : _____

Autres drogues/fréquence : _____

Sommeil

Nombre d'heure de sommeil par nuit : _____ Sommeil réparateur : Oui Non

Position de sommeil : Dos Ventre Côté droit Côté gauche

Activités physiques

Activités physiques pratiquées régulièrement : _____

Nombre d'heures par semaine : _____

Vie professionnelle

Quel est votre emploi? _____

Vous travaillez plus en position : Assise Debout Les deux

Nombre d'heures par semaine : _____

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 Initiales : _____

Consentement

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

Signature du patient : _____ Date : _____

Signature ABC Clinique Santé : _____ Date : _____

À QUELLE FRÉQUENCE RESSENTEZ-VOUS LES SYMPTÔMES SUIVANTS?

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

Noter que nous vous demandons si les symptômes se produisent en dehors des virus saisonniers

J P S

SYSTÈME RESPIRATOIRE

- Asthme
- Toux sèche
- Toux productive (grasse)
- Essoufflement
- Difficulté à respirer
- Sifflement, râlement

SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE

- Hypertension artérielle
- Palpitations
- Douleur, serrement à la poitrine
- Angine
- Varices
- Enflure aux jambes ou aux bras
- Mains et pieds froids

SYSTÈME DIGESTIF

- Brûlements d'estomac
- Constipation
- Diarrhée
- Gaz
- Crampes
- Sang dans les selles
- Hémorroïdes
- Nausées ou vomissements

SYSTÈME NERVEUX

- Engourdissements ou picotements
- Perte ou augmentation de sensation
- Faiblesse musculaire
- Tremblements
- Difficultés à avaler ou à articuler des mots
- Étourdissements
- Maux de tête
- Pertes d'équilibre
- Fatigue
- Anxiété ou nervosité
- Dépression
- Difficulté à se concentrer
- Pertes de mémoire
- Insomnie

SYSTÈME ARTICULAIRE

- Raideur articulaire
- Déformation articulaire
- Douleurs articulaires
- Arthrose ou arthrite

J P S

SYSTÈME URINAIRE

- Difficulté à uriner
- Douleur en urinant
- Infections urinaires
- Sang dans l'urine
- Mictions fréquentes
- Mictions urgentes
- Incontinence

OREILLE – NEZ – BOUCHE

- Vision trouble
- Perte de vision
- Larmoiement
- Rougeur aux yeux
- Sécheresse aux yeux
- Écoulement nasal
- Saignement nasal
- Changement d'odorat
- Congestion nasale
- Otite, douleur à l'oreille
- Perte auditive
- Bourdonnement / sifflement
- Sensation d'oreille pleine
- Changement du goût
- Maux de gorge

SYSTÈME REPRODUCTEUR

- Syndrome prémenstruel
- Menstruations douloureuses
- Flux menstruel abondant
- Pertes vaginales
- Troubles érectiles
- Troubles de fertilité

PEAU

- Psoriasis
- Eczéma
- Rougeur ou décoloration
- Sécheresse
- Démangeaisons
- Sudation excessive

SYSTÈME MUSCULAIRE

- Douleur musculaire
- Tension musculaire
- Fatigue musculaire
- Fibromyalgie