

## Questionnaire de santé

Date de consultation : \_\_\_\_\_ Genre : Femme  Homme

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

Date de naissance : ( ) jour • ( ) mois • ( ) année • Âge : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ • Province : \_\_\_\_\_ • Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone • Domicile : \_\_\_\_\_ • Travail : \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_ • Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Oui, vous pouvez me faire parvenir par courriel des rappels de rendez-vous, mes déclarations et tous changements importants concernant la clinique

Non, ne me contactez pas par courriel.

Occupation : \_\_\_\_\_

Contact en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ • Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

Numéro du contact : \_\_\_\_\_

### Comment avez-vous entendu parler de nous?

Internet  Portage  Médecin : \_\_\_\_\_

Autre professionnel de la santé : \_\_\_\_\_

Recommandation d'un autre client : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

### Pour les cas de CSST seulement

Date de l'évènement : ( ) jours • ( ) mois • ( ) année

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Nom du médecin sur la référence : \_\_\_\_\_

Date de la référence : ( ) jours • ( ) mois • ( ) année

Numéro du dossier CSST : \_\_\_\_\_

Nom de l'agent : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de l'agent : \_\_\_\_\_

Quelle est votre raison de consultation? \_\_\_\_\_

Avez-vous consulté un médecin en lien avec ce problème?  Oui  Non

Prise de radiographie, IRM, échographie?  Oui  Non • Date : \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments? Si oui, lesquels et pourquoi? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No. de dossier : \_\_\_\_\_

Recevez-vous actuellement d'autres traitements pour cette condition? (ex. : chiropratique, acupuncture)?  Oui  Non

S.v.p. précisez lesquels : \_\_\_\_\_

### Symptômes associés

Cochez s.v.p. le/les symptômes qui accompagnent votre condition :

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maux de tête        | <input type="checkbox"/> Nausée              | <input type="checkbox"/> Perte ou gain de poids            | <input type="checkbox"/> Étourdissement |
| <input type="checkbox"/> Vomissements        | <input type="checkbox"/> Essoufflements      | <input type="checkbox"/> Vision embrouillée                | <input type="checkbox"/> Sueurs         |
| <input type="checkbox"/> Perte de conscience | <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler | <input type="checkbox"/> Faiblesse                         | <input type="checkbox"/> Fièvre         |
| <input type="checkbox"/> Fatigue             | <input type="checkbox"/> Incontinence        | <input type="checkbox"/> Engourdissement autour des fesses |   |

### Antécédents médicaux

Coche s.v.p. la/les conditions dont vous souffrez présentement ou vous avez souffert dans le passé :

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral    | <input type="checkbox"/> Anémie                         | <input type="checkbox"/> Angine/douleur de poitrine |
| <input type="checkbox"/> Anxiété / Attaque de panique    | <input type="checkbox"/> Arthrite                       | <input type="checkbox"/> Bronchite                  |
| <input type="checkbox"/> Cancer : _____                  | <input type="checkbox"/> Cholestérol élevé              | <input type="checkbox"/> Cirrhose Hépatique         |
| <input type="checkbox"/> Diabète                         | <input type="checkbox"/> Dépendance : _____             | <input type="checkbox"/> Dépression                 |
| <input type="checkbox"/> Emphysème pulmonaire            | <input type="checkbox"/> Épilepsie / Convulsion         | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie               |
| <input type="checkbox"/> Goutte                          | <input type="checkbox"/> Haute tension Artérielle       | <input type="checkbox"/> Hémophilie                 |
| <input type="checkbox"/> Hépatite                        | <input type="checkbox"/> Hernie                         | <input type="checkbox"/> Hypoglycémie               |
| <input type="checkbox"/> Incontinence Fécale             | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire          | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque     |
| <input type="checkbox"/> Maladie vasculaire périphérique | <input type="checkbox"/> Ostéoporose                    | <input type="checkbox"/> Parkinson                  |
| <input type="checkbox"/> Pneumonie                       | <input type="checkbox"/> Problème de peau               | <input type="checkbox"/> Problème de prostate       |
| <input type="checkbox"/> Problème de thyroïde            | <input type="checkbox"/> Prolepse                       | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaque         |
| <input type="checkbox"/> Sensibilité au froid/chaud      | <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque          | <input type="checkbox"/> Syndrome de Guillain-Barré |
| <input type="checkbox"/> Traumatisme craniocérébral      | <input type="checkbox"/> Trouble d'alimentation : _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose                     | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                       |   |