

ACUPUNCTURE / CONFIDENTIEL

QUESTIONNAIRE D'OUVERTURE DE DOSSIER

Nous vous remercions de votre confiance!

1. RENSEIGNEMENTS

Prénom et nom _____

Date de naissance (jj-mm-aa) _____

Âge _____

Adresse _____

Ville _____

Code Postal _____

Cellulaire _____

Téléphone _____

Courriel _____

Confirmation par : courriel appel

Est-ce votre premier traitement en acupuncture:

Non Oui

Raison de la consultation en acupuncture :

2. HISTORIQUE MÉDICAL

Êtes-vous suivi par un médecin? Oui Non

Si oui, nom _____

Spécialité _____

Date dernière consultation _____

Raison de la consultation _____

Diagnostic du médecin _____

Traitement prescrit _____

Réaction au traitement _____

Avez-vous consulté d'autres professionnels de la santé? Oui Non

Si oui, nom _____

Spécialité _____

Type et nombre de traitements reçus _____

Réaction au traitement _____

Nom _____

Spécialité _____

Type et nombre de traitements reçus _____

Réaction au traitement _____

Prenez-vous des médicaments? Oui Non

Si oui, inscrire le nom, l'indication et la posologie

Prenez-vous des produits naturels?

Oui Non

Si oui, inscrire le nom, l'indication et la posologie

2. HISTORIQUE MÉDICAL (suite)

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

- Troubles cardiaques
 - Infarctus
 - Arythmie
 - Angine
 - Problèmes valvulaires
 - Autres : _____
- Troubles de la tension artérielle (pression)
 - Haute
 - Basse
- Saignements prolongés
- Anémie
- Troubles digestifs
- Troubles du rein
- Troubles thyroïdiens
- Troubles nerveux
- Étourdissements, évanouissements
- Problèmes oculaires (yeux)
- Arthrite / Arthrose
- Rhume des foins
- Ulcère de l'estomac
- Diabète
- Épilepsie
- Maux de tête fréquents
- Maux d'oreille
- Troubles d'audition
- Maladie de peau
- Infections transmises sexuellement (ITS)

Autres questions médicales :

- Je suis séropositif au test du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
- Je suis atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).
- J'ai déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie.
- Je suis allergique à un aliment.
Si oui, précisez

- Je suis allergique à un médicament.
Si oui, précisez

- Je prends des corticoïdes.
- Je prends des anticoagulants.
- J'ai déjà été en contact avec la tuberculose ou j'ai déjà été infecté par celle-ci.
- Je porte un implant électronique ou un pacemaker.
- J'ai des prothèses articulaires.
- J'ai des prothèses mammaires.
- Je souffre d'une dépendance.
 - Alcool
 - Drogue
 - Tabac
 - Caféine
 - Autre : _____
- Je suis enceinte.
- J'ai déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales.
Si oui, précisez.

J'autorise par la présente l'acupunctrice à effectuer les examens nécessaires.

Signature du patient _____

Date _____

SECTION POUR FEMMES

1. ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES

Âge des premières règles? _____

Êtes-vous en péri-ménopause ou ménopause?

Non Oui

Avez-vous des saignements anormaux?

Non Oui

Avez-vous des caillots? Non Oui

Avez-vous des anomalies aux seins?

Non Oui, précisez :

Durée des règles _____

Durée du cycle menstruel _____

Cycle menstruel régulier? Non Oui

Vos menstruations sont plus abondantes :

- Au début
- Au milieu
- À la fin

Méthode de contraception _____

Cochez les problèmes liés à vos menstruations?

- SPM
- Tension aux seins
- Transpiration
- Caillots abondants
- Fatigue
- Constipation
- Insomnie
- Colère
- Diarrhée
- Douleur lombaire
- Maux de tête
- Vertiges
- Douleur

2. ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Êtes-vous enceinte? Non Oui

Combien de semaines _____

Date d'accouchement prévue _____

Est-ce votre première grossesse?

Non Oui

Nombre de grossesses menées à terme ____

Allaitement? Non Oui

Accouchement :

- Naturel
- Césarienne
- Épidural

Nombre de fausses couches _____

Nombre d'avortements _____

J'autorise par la présente l'acupunctrice à effectuer les examens nécessaires.

Signature du patient _____

Date _____