

CLINIQUE OSTEO SPORT

154, rue Principale
Saint-Sauveur (Québec) J0R 1R6
450-227-2222

Date ouverture Dossier : _____

Nom de votre thérapeute : _____

Information du client

Nom / Prénom : _____ Sexe : O H O F

Date Naissance : _____ Âge : _____

Adresse : _____

Tél. résidence : _____

Tél. Cell: _____

Tél. Travail : _____ Poste : _____

Code postal : _____

Courriels : _____

RENSEIGNEMENT MÉDECIN

Êtes-vous actuellement sous les soins d'un Médecin ? Non O Oui O

Si Oui :

Nom / Prénom : _____ Spécialité : _____

Tél : _____ Poste : _____

Date Dernière consultation : _____

Raison de Consultation : _____

Diagnostic : _____

Tests / Examens : _____

Traitement Prescrit : _____

Médicaments / Suppléments / Vitamines / Produits Naturels / Herbes / Contraceptifs...

Produits	Posologie / Dosage	Raisons

Faire un X ou \sqrt si vous avez une des choses ici-bas

Important

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cortisone | <input type="checkbox"/> Anticoagulants | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Hépatite (A, B, C) | <input type="checkbox"/> SIDA / VIH / MTS | <input type="checkbox"/> Plaque / Vis |
| <input type="checkbox"/> Spas maker | <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque | |

Intolérances / Allergie

Alimentaire : _____

Médicaments : _____

Autres : _____

Faire un X ou \sqrt si vous avez une des choses ici-bas

Questionnaire santé

- | | OUI | NON | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Problèmes Cardiaques :
(Infarctus, Angine, Soufre, Palpitation)
Tachycardie, Bradycardie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer :
(Chimiothérapie, Radiothérapie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tension Artérielle : O Normal O Haute O Basse | | | Commotion cérébrale :
Traumatisme crânien : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problèmes Pulmonaires / ORL :
(Emphysème, Asthme, Bronchite Chronique, MPOC)
(Allergies saisonnière, Rhume des foins)
(Rhinite Chronique, Sinusite Chronique, Otites répétitions) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TDA, TDAH :
Épilepsie : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie Auto-immune ou inflammatoire : ...
Problèmes de Peau : _____ ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dépression, Anxiété, Angoisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saignement prolongé, Hémorragie : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tendinite : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problèmes du Foie ou Vésicule biliaire :
(Cholestérol, Cirrhose, Pierre vésicule biliaire) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bursite : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabète, Anémie : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Entorse / foulure : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hernie, Prolapsus, Hémorroïde : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Luxation : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problèmes intestinaux :
(Côlon irritable, Polype, Crohn) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Déchirure : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accident vasculaire cérébral (AVC) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fracture : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ischémie cérébral transitoire (ICT) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arthrose, Arthrite : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Prothèse, Implant : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Thyroïde :..... Hypo O / Hyper O | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Faire un X ou √ si vous avez une des choses ici-bas

Chirurgies

- Amygdalectomie
- Cholécystectomie
- Appendicectomie
- Chirurgie Abdominale
- Chirurgie Cardiaque
- Ligature trompe
- Prostatectomie
- Vasectomie
- Laparotomie
- Laparoscopie
- Hystérectomie
- Autres : _____

Autres problèmes de santé médicale

Faire un X ou √ si vous avez une des choses ici-bas

Section Homme

- Douleur ou Difficulté à uriner
- Pertes d'urine après la miction
- Problème de Prostate : (Prostatite, hypertrophie)
- Pertes involontaires de sperme
- Problèmes lors de relations sexuelles

Faire un X ou √ si vous avez une des choses ici-bas

Section Femme

- Êtes-vous enceinte
si oui depuis quand : _____
 - Avez-vous des enfants
si oui Combien : _____ Âges : _____
Accouchement : Césarien Naturel
 - Fausse couche / Avortement
si oui Nombre : _____ Date : _____
 - Endométriose, Fibrome, Kyste
 - Pré ménopause, Ménopause
 - Stérilet Avec hormones Sans hormones
- Menstruations
Cycle : _____
Durée : _____
Quantité de sang :
 Peu Moyen Abondant
Couleur du sang : Pâle Foncé
Présence de caillots : Petit Gros
 Douleurs prémenstruelles
 Douleurs post-menstruelles

Faire un X ou √ si vous avez une des choses ici-bas

Antécédents Familiaux

Maladies familiales principales :	Vivant	Décédé	Âge
_____ Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____ Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____ Frère x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____ Soeur x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Faire un X ou \surd si vous avez une des choses ici-bas

Habitudes de vie

Ce que vous consommez	Oui	Non	Quantité / jour	
Eau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	C'est quoi ? _____
Café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Cigarette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Drogue :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	C'est quoi ? _____

Nombre d'heures d'exercices physiques / semaine : _____

Nombre d'heures de travailles / semaine : _____

Nombre d'heures de sommeil / jour : _____

Raison de la consultation

Autres :

Signature de consentement : _____

Date : _____