

**DOSSIER PATIENT**  
Questionnaire de santé confidentiel

|                                    |                                                                                         |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Prénom<br>Nom<br>Sexe<br>Téléphone | Date d'ouverture de dossier<br>Date de naissance<br>Adresse postale<br>Adresse courriel |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

**RAISON DE CONSULTATION (si plusieurs inscrire par ordre de priorité):**

**Antécédents médicaux (hospitalisation, chirurgie, traitement longue durée)**

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Médecin traitant:**

**Date de la dernière consultation:**

**Antécédent familiaux**

Mère

Père

Frères et soeurs

**Prenez-vous des médicaments? Des produits sans ordonnances? Des produits naturels?**

|     |           |           |
|-----|-----------|-----------|
| Nom | Posologie | Fréquence |
| Nom | Posologie | Fréquence |
| Nom | Posologie | Fréquence |
| Nom | Posologie | Fréquence |
| Nom | Posologie | Fréquence |

|                                                                                 |                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prenez-vous des anticoagulants?<br>Des corticostéroïdes?<br>Êtes vous enceinte? | Des implants métalliques?<br>Avez-vous un pacemaker?<br>Êtes vous porteur d'un ISMIA (instruments et systèmes médicaux implantables actifs)? |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Maladies, signes et symptômes

(cocher ce que vous avez)

### Musculo-squelettique

- ☐ Maux de dos
- ☐ Sciatique
- ☐ Arthrite
- ☐ Arthrose
- ☐ Ostéoporose
- ☐ Hernie discale
- ☐ Scoliose
- ☐ Tendinite
- ☐ Bursite
- ☐ Crampes musculaires
- ☐ Engourdissements
- ☐ Fourmillements

☐ Douleurs  
Endroit: \_\_\_\_\_

☐ Tensions  
Endroit: \_\_\_\_\_  
Autre: \_\_\_\_\_

### Nerveux

- ☐ Insomnie
  - ☐ Stress
  - ☐ Anxiété/angoisse
  - ☐ Nervosité
  - ☐ Phobie
  - ☐ Epilepsie
  - ☐ Convulsion
  - ☐ Dépression
  - ☐ Épuisement professionnel
- Autre: \_\_\_\_\_

### Cardio-Vasculaire

- ☐ Hypertension
  - ☐ Basse pression
  - ☐ Troubles cardiaques
  - ☐ Palpitation/tachycardie
  - ☐ Arythmie
  - ☐ Infarctus
  - ☐ AVC
  - ☐ Base pression
  - ☐ Thrombophlébite
  - ☐ Phlébite
  - ☐ Varices
  - ☐ Rétention d'eau
  - ☐ Jambes lourdes
  - ☐ Saignement prolongé
  - ☐ Anémie
- Autre: \_\_\_\_\_

### Digestif

- ☐ Brûlures/Ulcères d'estomac
  - ☐ Reflux/acidité
  - ☐ Nausée
  - ☐ Mauvaise haleine
  - ☐ Manque d'appétit
  - ☐ Anorexie
  - ☐ Somnolence après les repas
  - ☐ Diabète
  - ☐ Hypoglycémie
  - ☐ Colon irritable
  - ☐ Colites Ulcéreuses
  - ☐ Maladie de Crohn
  - ☐ Constipation
  - ☐ Diarrhée
  - ☐ Ballonnement
  - ☐ Gaz
  - ☐ Lourdeur digestive
  - ☐ Cirrhose
  - ☐ Cholestérol
  - ☐ Calculs biliaires
  - ☐ Hépatite
  - ☐ Difficulté à digérer les gras
- Autre: \_\_\_\_\_

### Respiratoire/ORL

- ☐ Asthme
  - ☐ Bronchite
  - ☐ Pneumonie
  - ☐ Rhume à répétition
  - ☐ Toux
  - ☐ Congestion/Rhinite
  - ☐ Mucus
  - ☐ Sinusites
  - ☐ Essoufflement
  - ☐ Otite
  - ☐ Maux de gorge/Laryngite
  - ☐ Boule dans la gorge
  - ☐ Problèmes aux yeux (cataracte, glaucome, yeux sec, conjonctivite)
  - ☐ Vision floue
  - ☐ Vertige/éblouissement
  - ☐ Maux d'oreilles/acouphène
  - ☐ Voix faible/extinction
  - ☐ Êtes-vous porteur de la **tuberculose?**
- Autre: \_\_\_\_\_

### Urinaire

- ☐ Infection urinaire
- ☐ Calcul rénal
- ☐ Cystite
- ☐ Descente de vessie
- ☐ Pyélonéphrite
- ☐ Urines fréquentes

### Gynécologie homme

(pour les femmes voir feuille jointe)

- ☐ Impuissance
  - ☐ Hormonothérapie
  - ☐ Infertilité
  - ☐ Prostatite/HBP
- Autre: \_\_\_\_\_

### Immunitaire

- ☐ Allergies  
Laquelle \_\_\_\_\_
- ☐ Cancer
- ☐ VIH
- ☐ ITS
- ☐ Tumeurs
- ☐ Kystes
- ☐ Fatigue Chronique
- ☐ Herpès
- ☐ Lupus
- ☐ Verrues

### Tégumentaire

- ☐ Eczéma
- ☐ Acné
- ☐ Psoriasis
- ☐ Urticaire
- ☐ Peau sèche

### Autres

- ☐ Céphalées/ maux de tête
- ☐ Étourdissement
- ☐ Sensation de froid/Frilosité
- ☐ Transpiration diurne sans effort
- ☐ Transpiration nocturne
- ☐ Cheveux secs
- ☐ Ongles cassants

## INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

## MODE DE PAIEMENT

Vous avez la possibilité de régler les frais de votre séance par CHÈQUE, ARGENT COMPTANT OU VIREMENT BANCAIRE.

Il est apprécié que les virements bancaires soient effectués AVANT LA SÉANCE, pour éviter les oublis et délai involontaire; ceux-ci ne seront cependant acceptés qu'après votre rendez-vous.

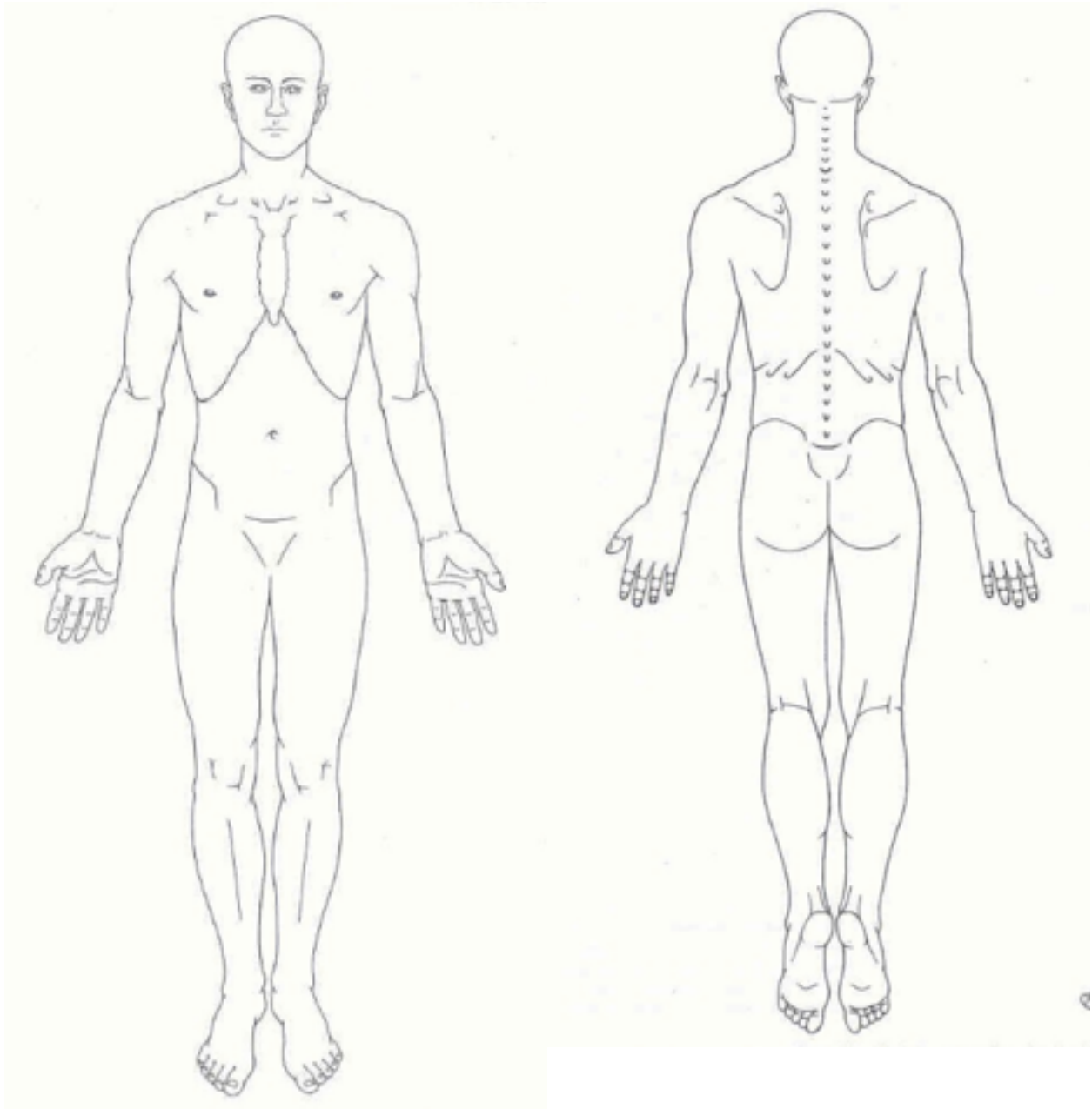
Afin d'éviter les mots de passe compliqués, si votre fournisseur vous le permet, privilégiez comme réponse à votre question le mot ACUPUNCTURE, et si non, veuillez transmettre la réponse par texto ou par courriel.

## POLITIQUE D'ANNULATION

Votre heure de traitement vous est réservée. Afin de respecter le temps de votre praticien et les patients en attentes, tout changement de rendez-vous à moins de 24h d'avis entraîne les frais complet de la séance. Merci de votre collaboration.

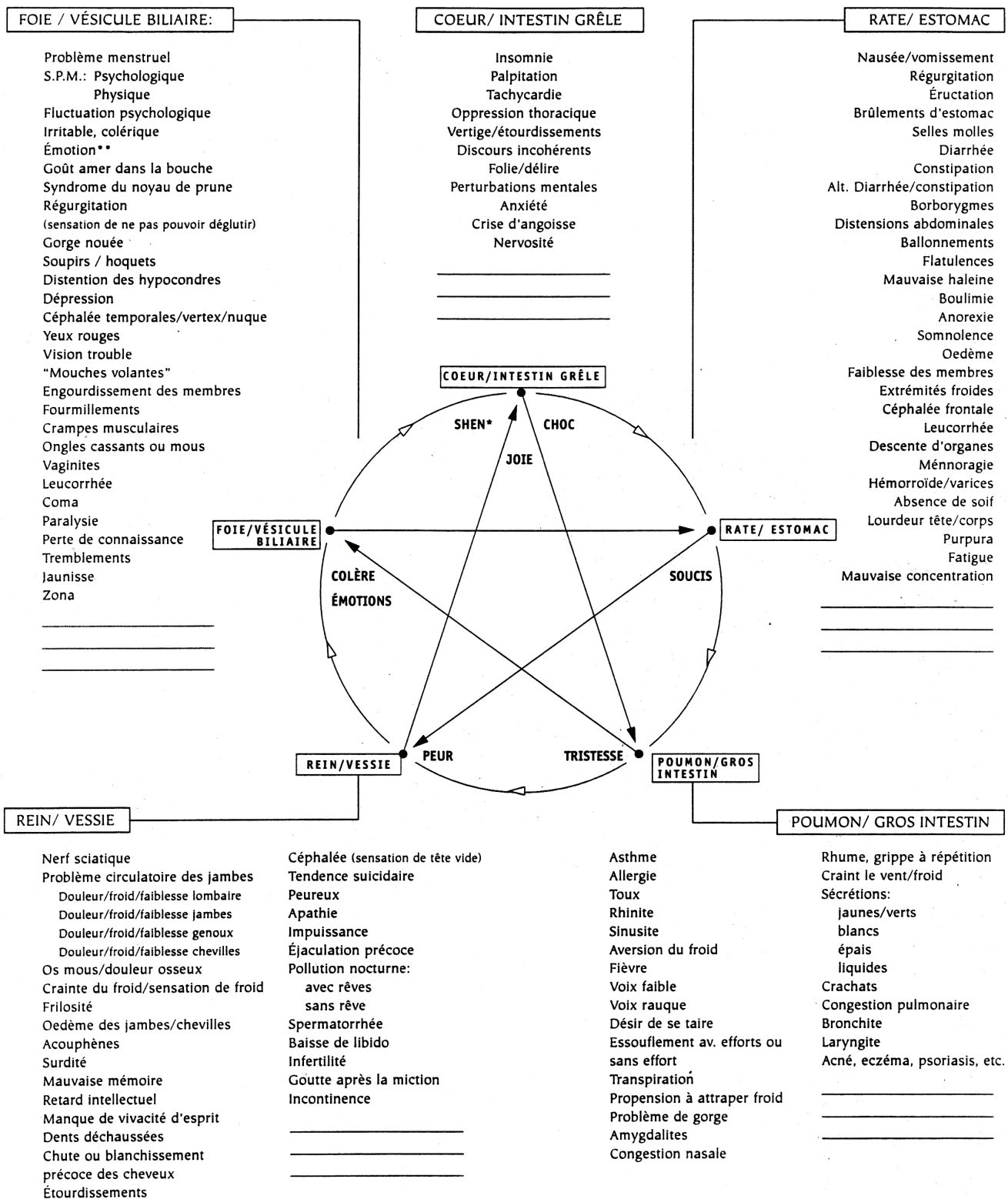
Signature \_\_\_\_\_

Douleurs, zone de sensibilité, palpation  
Amplitude articulaire



Langue  
Enduit

Pouls



## RAISON DE CONSULTATION

Début

↑

↓

Q

/10

s/s

T

| TRAITEMENT      |            | # |
|-----------------|------------|---|
| Date<br>RC      |            |   |
| Dx E<br>OT      |            |   |
| Points          | taille/cun | / |
| Recommandation: |            |   |

| TRAITEMENT      |            | # |
|-----------------|------------|---|
| Date<br>RC      |            |   |
| Dx E<br>OT      |            |   |
| Points          | taille/cun | / |
| Recommandation: |            |   |

| TRAITEMENT      |            | # |
|-----------------|------------|---|
| Date<br>RC      |            |   |
| Dx E<br>OT      |            |   |
| Points          | taille/cun | / |
| Recommandation: |            |   |

| TRAITEMENT      |            | # |
|-----------------|------------|---|
| Date<br>RC      |            |   |
| Dx E<br>OT      |            |   |
| Points          | taille/cun | / |
| Recommandation: |            |   |



