

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Réactivation/Nouveau motif

DATE :

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Occupation : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

LES RAISONS POUR LESQUELLES VOUS NOUS CONSULTEZ

Raison(s) de votre consultation : _____

A) Depuis quand le problème est-il présent : _____

Avez-vous eu un problème semblable auparavant ? Oui Non

Vos symptômes sont survenus : Graduellement Subitement Suite à un traumatisme Chute Autre : _____

Décrivez vos symptômes : Élançement Brûlure Raideur Point Coup de couteau Choc électrique Pression Autre _____

Vos symptômes sont présents : 25% du temps 50% du temps 75% du temps 100% du temps Par intermittence

Vos symptômes sont présents le : matin jour soir nuit

Comment évolue votre problème avec le temps ? s'améliore s'intensifie ne change pas

Cochez la case qui correspond à l'intensité de votre douleur :

Pas de douleur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur extrême

Qu'est-ce qui augmente vos symptômes ? _____

Qu'est-ce qui les soulage ? _____

Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé pour ce problème ? Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Avez-vous reçu un diagnostic pour votre problématique? Oui Non

Si oui, lequel ? _____

B) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits par un médecin ? Oui Non

Lesquels : _____

Prenez-vous des produits naturels ? Oui Non Si oui, lesquels : _____

Date de la dernière visite chez votre médecin : _____ Son nom : _____

C) Depuis votre dernière visite avez-vous subi des interventions chirurgicales, chutes, accidents, etc.? Oui Non

En signant ci-dessous, je comprends les énoncés suivants et y consens :

- Les renseignements fournis sont complets et exacts et demeureront confidentiels;
- Je peux poser des questions et obtenir de plus amples renseignements sur le processus d'examen, les procédures et le rapport qui suit.

Signature : _____ Nom en caractères d'imprimerie : _____