

FORMULAIRE D'INFORMATION DE SANTÉ

Veuillez nous fournir les informations médicales suivantes afin que nous puissions personnaliser votre thérapie.

La date d'aujourd'hui: _____ (Année mois jour)

Nom du patient: _____ Date de naissance (Année mois jour): _____

Genre: _____

Adresse du domicile: _____

Numéro de téléphone portable: _____ Autre numéro de téléphone: _____

Courriel: _____

Personne à contacter en cas d'urgence: _____

Numéro de téléphone portable _____

Nom du médecin: _____ Numéro de téléphone: _____

Avez-vous une référence médicale / prescription? Oui Non

Qui vous a recommandé pour le traitement? _____

Qui paie pour le traitement? (vous, CSST, cie assurance, etc): _____

Numéro de réclamation (s'il y a lieu): _____

1. Quelle est la blessure actuelle qui vous a amené ici aujourd'hui? _____

2. Veuillez énumérer vos principaux symptômes (par exemple, stress, douleur, raideur, engourdissement / picotement, enflure, etc.). Encercler le symptôme qui vous dérange le plus:

3. Dressez la liste des médicaments que vous prenez actuellement:

4. Veuillez indiquer les problèmes médicaux que vous avez rencontrés et expliquer le traitement reçu:

Problème médical / enjeu	Cochez Oui si vous avez déjà eu ce problème Oui: <input checked="" type="checkbox"/>	Expliquer le traitement reçu pour cette condition
Blessure musculaire ou articulaire (par exemple entorse ou traction d'un muscle)	<input type="checkbox"/>	
Os brisés / fractures	<input type="checkbox"/>	
Remplacements articulaires (hanches, genoux)	<input type="checkbox"/>	
Maux de tête / migraines	<input type="checkbox"/>	
Vertiges, bourdonnements d'oreilles	<input type="checkbox"/>	
Perte de mémoire, confusion, facilement débordé	<input type="checkbox"/>	
Lésion cérébrale	<input type="checkbox"/>	
Haute / Basse tension artérielle	<input type="checkbox"/>	
AVC, crise cardiaque	<input type="checkbox"/> Date:	
Arthrite (arthrose, rhumatoïde)	<input type="checkbox"/>	
Asthme, MPOC, autres difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/>	
Ostéoporose, épine dégénérative / disques	<input type="checkbox"/>	
Conditions digestives (IBS, Crohn)	<input type="checkbox"/>	
Scoliose	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	
Dépression / Anxiété	<input type="checkbox"/>	
Condition thyroïdienne	<input type="checkbox"/>	
Parkinson, sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	
Épilepsie, crises d'épilepsie	<input type="checkbox"/>	
Grossesse	<input type="checkbox"/>	Si oui, combien d'enfants:
Allergies graves	<input type="checkbox"/>	
Autre: (liste)	<input type="checkbox"/>	

Merci de nous fournir vos informations médicales, cela nous aide à concevoir des thérapies adaptées à vos besoins spécifiques.