

# Formulaire Nouveau Patient



Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe (F/M) : \_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

# de téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

Contact d'urgence, nom et # : \_\_\_\_\_ Lien avec patient : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_

Loisirs, sports (fréquence hebdomadaire) : \_\_\_\_\_

Dominance (gaucher, droitier, ambidextre) : \_\_\_\_\_

Raison de la consultation (blessure ou zone douloureuse) : \_\_\_\_\_

Date de début des symptômes : \_\_\_\_\_

Consultation médicale (Oui/Non) : \_\_\_\_\_

Nom de mon médecin : \_\_\_\_\_

Diagnostic médical : \_\_\_\_\_

Tests diagnostiques (ex : rayon-x, résonance magnétique): \_\_\_\_\_

## Historique médicale personnelle et familiale :

Avez-vous une ou des conditions suivantes, présentement ou dans le passé. Encerclez la réponse.

Allergie : .....	Oui	Non
Grossesse : .....	Oui	Non
Commotion cérébrale : .....	Oui	Non
Arthrite ou autre condition rhumatologique : .....	Oui	Non
Migraine : .....	Oui	Non
Neurologique : .....	Oui	Non
Cancer : .....	Oui	Non
Diabète : .....	Oui	Non
Dépression, anxiété, stress : .....	Oui	Non
Infection récente (3 derniers mois) : .....	Oui	Non
Endocrinien (ex: thyroïde) : .....	Oui	Non
Cardiaque : .....	Oui	Non
Respiratoire/pulmonaire : .....	Oui	Non
Haute ou basse pression sanguine : .....	Oui	Non
Gastro-intestinal : .....	Oui	Non
Urinaire : .....	Oui	Non

Autre? (Nommez) : \_\_\_\_\_

Historique familiale de maladie ou facteur de risque : \_\_\_\_\_

Pour l'usage du thérapeute :

**Santé générale :**

Décrivez votre historique de blessures, traumatismes, épisodes de douleur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments? Lesquels? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été hospitalisé? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous eu des chirurgies? Implants métalliques? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous eu une perte ou un gain de poids important non-expliqué dans les derniers mois?

\_\_\_\_\_

Avez-vous remarqué la présence d'une masse, un kyste sur votre corps? Changements au niveau de la peau? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Est-ce que vous fumez? Nombre de paquet/semaine? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consommez-vous de l'alcool? Consommation/semaine? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consommez-vous de la drogue? Lesquelles, fréquence? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consommez-vous de la caféine? Consommation/jour? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*\*Le tabac, l'alcool, la drogue et la caféine ont, non seulement, un impact négatif sur la santé, mais peuvent aussi augmenter la perception de la douleur ainsi que retarder le processus de guérison.*

**Consentement du patient :**

Par ma signature, je consens à recevoir les traitements expliqués par ma physiothérapeute.

**Absence ou annulation :**

Par ma signature, je consens à aviser ma physiothérapeute au moins 24 heures à l'avance en cas d'annulation. Des frais d'annulation de 40\$ pourront être chargés si ce délai n'est pas respecté. En cas d'absence injustifiée, la totalité des honoraires pour la session pourra être chargée.

**Signature du patient :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_