

NOUVEAU PATIENT FORMULAIRE D'ADMISSION

Veillez remplir ce formulaire avant votre première consultation. Vos renseignements demeurent confidentiels.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Page 1 de 2

Date _____	Nom _____
Date de naissance _____	Profession _____

Adresse

Ville _____	Province / État _____
Code postal _____	Courriel _____
Cellulaire _____	Téléphone domicile / travail _____

Contact d'urgence — nom, lien et téléphone

MOTIF DE CONSULTATION

Motif principal de votre consultation

Depuis combien de temps ? _____	S'aggrave-t-il ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____
---------------------------------	--

Cause initiale possible ?

Ce qui améliore ?

Ce qui aggrave ?

Acupuncture auparavant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	Plantes chinoises auparavant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____
--	--

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Cochez tout ce qui s'applique

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Trouble lié à l'alcool | <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Appendicite |
| <input type="checkbox"/> Artériosclérose | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Trauma de naissance | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Emphysème | <input type="checkbox"/> Épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Goitre | <input type="checkbox"/> Goutte | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Hépatite |
| <input type="checkbox"/> Herpès | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque | <input type="checkbox"/> Pleurésie | <input type="checkbox"/> Pneumonie |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Convulsions |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Trouble thyroïdien | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Fièvre typhoïde | <input type="checkbox"/> Ulcères | <input type="checkbox"/> ITS / maladie vénérienne | <input type="checkbox"/> Coqueluche |

Traumatisme important (accident, chute, etc.)

Chirurgies (inclure les dates)

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Artériosclérose | <input type="checkbox"/> Asthme |
| <input type="checkbox"/> Trouble lié à l'alcool | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Convulsions |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

MÉDICAMENTS ET SUPPLÉMENTS

Médicaments sur ordonnance ou en vente libre pris dans les 2 derniers mois

Vitamines, plantes ou suppléments pris dans les 2 derniers mois

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Faible appétit | <input type="checkbox"/> Grand appétit | <input type="checkbox"/> Préférence boissons froides | <input type="checkbox"/> Préférence boissons chaudes |
| <input type="checkbox"/> Perte / gain de poids récent | <input type="checkbox"/> Mauvais sommeil | <input type="checkbox"/> Sommeil lourd | <input type="checkbox"/> Sommeil agité par rêves |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Manque de force | <input type="checkbox"/> Lourdeur du corps | <input type="checkbox"/> Mains / pieds froids |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise circulation | <input type="checkbox"/> Essoufflement | <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Frissons |
| <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes | <input type="checkbox"/> Transpiration facile | <input type="checkbox"/> Crampes musculaires | <input type="checkbox"/> Vertiges / étourdissements |
| <input type="checkbox"/> Saignements / bleus faciles | <input type="checkbox"/> Goût particulier | | |

TÊTE, YEUX, OREILLES, NEZ ET GORGE

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lunettes | <input type="checkbox"/> Fatigue oculaire | <input type="checkbox"/> Douleur aux yeux | <input type="checkbox"/> Yeux rouges |
| <input type="checkbox"/> Yeux qui piquent | <input type="checkbox"/> Taches dans la vision | <input type="checkbox"/> Vision faible | <input type="checkbox"/> Vision floue |
| <input type="checkbox"/> Cécité nocturne | <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Cataractes | <input type="checkbox"/> Problèmes dentaires |
| <input type="checkbox"/> Grincement des dents | <input type="checkbox"/> ATM | <input type="checkbox"/> Douleur faciale | <input type="checkbox"/> Problèmes de gencives |
| <input type="checkbox"/> Lésions lèvres / langue | <input type="checkbox"/> Bouche sèche | <input type="checkbox"/> Salive excessive | <input type="checkbox"/> Problèmes de sinus |
| <input type="checkbox"/> Mucosités excessives | <input type="checkbox"/> Maux de gorge fréquents | <input type="checkbox"/> Ganglions enflés | <input type="checkbox"/> Boule dans la gorge |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde enflée | <input type="checkbox"/> Saignements de nez | <input type="checkbox"/> Acouphènes | <input type="checkbox"/> Audition faible |
| <input type="checkbox"/> Douleurs d'oreille | <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Migraines | <input type="checkbox"/> Commotions |

RESPIRATOIRE ET CARDIOVASCULAIRE

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer allongé(e) | <input type="checkbox"/> Essoufflement | <input type="checkbox"/> Oppression thoracique |
| <input type="checkbox"/> Asthme / sifflements | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Toux avec sang |
| <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Hypotension |
| <input type="checkbox"/> Caillots sanguins | <input type="checkbox"/> Évanouissements | <input type="checkbox"/> Douleur thoracique |
| <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire | <input type="checkbox"/> Tachycardie | <input type="checkbox"/> Palpitations |
| <input type="checkbox"/> Phlébite | <input type="checkbox"/> Rythme cardiaque irrégulier | |

GASTRO-INTESTINAL

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nausées | <input type="checkbox"/> Vomissements | <input type="checkbox"/> Reflux acide | <input type="checkbox"/> Gaz |
| <input type="checkbox"/> Hoquet | <input type="checkbox"/> Ballonnements | <input type="checkbox"/> Mauvaise haleine | <input type="checkbox"/> Diarrhée |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Usage de laxatifs | <input type="checkbox"/> Selles noires | <input type="checkbox"/> Selles sanglantes |
| <input type="checkbox"/> Mucus dans les selles | <input type="checkbox"/> Douleur / crampes intestinales | <input type="checkbox"/> Démangeaison anale | <input type="checkbox"/> Brûlure anale |
| <input type="checkbox"/> Douleur rectale | <input type="checkbox"/> Hémorroïdes | <input type="checkbox"/> Fissures anales | |

Texture / forme _____

Couleur _____

Odeur _____

MUSCULOSQUELETTIQUE

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Douleur cou / épaules | <input type="checkbox"/> Douleur musculaire | <input type="checkbox"/> Douleur haut du dos | <input type="checkbox"/> Douleur lombaire |
| <input type="checkbox"/> Douleur articulaire | <input type="checkbox"/> Douleur aux côtes | <input type="checkbox"/> Amplitude limitée | <input type="checkbox"/> Usage limité |

PEAU ET CHEVEUX

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Éruptions | <input type="checkbox"/> Urticaire | <input type="checkbox"/> Ulcérations | <input type="checkbox"/> Eczéma |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Pellicules | <input type="checkbox"/> Démangeaisons |
| <input type="checkbox"/> Chute de cheveux | <input type="checkbox"/> Changement cheveux / peau | <input type="checkbox"/> Infections fongiques | |

NEUROPSYCHOLOGIQUE

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Engourdissements | <input type="checkbox"/> Tics |
| <input type="checkbox"/> Mémoire faible | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Anxiété |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité | <input type="checkbox"/> Stress facile | <input type="checkbox"/> Usage de substances |
| <input type="checkbox"/> Idées / tentative suicidaire | <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique | |

GÉNITO-URINAIRE

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Douleur à la miction | <input type="checkbox"/> Mictions fréquentes | <input type="checkbox"/> Urgence urinaire |
| <input type="checkbox"/> Sang dans l'urine | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire | <input type="checkbox"/> Miction incomplète |
| <input type="checkbox"/> ITS / maladie vénérienne | <input type="checkbox"/> Énurésie | <input type="checkbox"/> Réveil pour uriner |
| <input type="checkbox"/> Libido accrue | <input type="checkbox"/> Libido diminuée | <input type="checkbox"/> Calcul rénal |
| <input type="checkbox"/> Impuissance | <input type="checkbox"/> Éjaculation précoce | <input type="checkbox"/> Émission nocturne |

ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES

À remplir si pertinent

- | | | | |
|--|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Règles irrégulières | <input type="checkbox"/> Règles douloureuses | <input type="checkbox"/> SPM | <input type="checkbox"/> Pertes vaginales |
| <input type="checkbox"/> Lésions vaginales | <input type="checkbox"/> Odeur vaginale | <input type="checkbox"/> Caillots | <input type="checkbox"/> Masses mammaires |

Nombre de grossesses _____

Naissances vivantes _____

Âge à la ménopause _____

Merci. Veuillez apporter ce formulaire rempli à votre première consultation.