

Acupuncture

Formulaire d'antécédents médicaux et d'introduction

La revue de vos antécédents médicaux complets permet de nous assurer que nous pouvons vous fournir un traitement d'acupuncture en toute sûreté; veuillez nous aviser de tout changement dans votre état de santé afin que nous puissions mettre votre dossier à jour. Tous les renseignements qui nous sont fournis sont confidentiels.

Nom _____ Courriel _____

Nous demandons votre adresse de courriel afin de vous envoyer des rappels de vos rendez-vous. Votre adresse de courriel ne sera jamais partagée avec une tierce partie.

Téléphone (rés.) _____ Cellulaire _____ Téléphone (travail) _____

Adresse _____ App _____ Ville _____ Prov. _____ Code Postal _____

Date de naissance (JJ-MM-AAAA) _____ Âge _____ Occupation _____

Comment avez-vous entendu parler de nous? _____

Nom du médecin _____ Tél _____ Date du dernier bilan de santé _____

Avez-vous déjà eu un traitement d'acupuncture? Oui Non Si oui, date approximative du dernier traitement _____

Voyez-vous d'autres praticiens en soins de santé? _____

Médicaments actuels _____

Maladies graves/Interventions chirurgicales subies (avec les dates) _____

Allergies/Hypersensibilités _____

Accidents graves (avec les dates) _____

Autres problèmes de santé sérieux _____

Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui?

Veillez cocher tous les problèmes qui vous concernent (passés et présents) :

Symptômes généraux

- Maux de tête/migraines
- Fièvre
- Frissons
- Transpiration
- Perte de mémoire
- Vertiges/étourdissements
- Évanouissements
- Stress/dépression
- Manque de coordination
- Nervosité
- Perte/gain de poids récent
- Engourdissements/douleurs dans les bras, les jambes

Système respiratoire

- Respiration sifflante
- Toux chronique
- Crachats de mucus
- Douleurs à la poitrine
- Difficulté à respirer

Muscles et articulations

- Raideur de la nuque
- Mal de dos
- Articulations enflées
- Douleur au coccyx
- Douleur à l'épaule
- Hernie
- Courbure rachidienne
- Mauvaise posture
- Arthrite

Avez-vous déjà un des problèmes suivants?

- Appendicite
- Malaria
- Varicelle
- Alcoolisme
- Ostéoporose
- Diabète

- Infection vénérienne
- Coqueluche
- Cancer
- Épilepsie
- Sclérose en plaques

- Anémie
- Maladie cardiaque
- Tuberculose
- Pneumonie
- Rougeole
- Goitre
- Eczéma

- Maladie mentale
- Oreillons
- Influenza (grippe)
- Goutte
- Polio
- Pleurésie

- Rhumatisme articulaire aigu
- Rubéole
- Maladie de Parkinson
- VIH/SIDA

- Problèmes aux pieds
- Mal d'oreille
- Écoulement de l'oreille
- Saignements de nez
- Congestion nasale
- Mal de gorge
- Enrouement
- Fièvre des foies
- Asthme
- Carie dentaire
- Problème gingival
- Rhumes fréquents
- hypertrophie thyroïdienne
- Amygdalite
- Sinusite
- Écoulement nasal
- Gonflements des ganglions

Système cardiovasculaire

- Hypertension ou hypotension
- Antécédent d'AVC ou AIT
- Taux élevé de cholestérol
- Enflure des chevilles
- Mauvaise circulation
- AVC/Crise cardiaque
- Rythme cardiaque irrégulier
- Essoufflement
- Douleurs au coeur

Système génito-urinaire

- Mictions fréquentes/douloureuses
- Sang dans les urines/selles
- Mucus dans les selles
- Infection rénale/Calcul rénal
- Infection de la vessie
- Incontinence urinaire

Oreilles, yeux, nez, gorge

- Perte auditive
- Problèmes de vision
- Glaucome
- Perçage d'oreille(s)
- Strabisme
- Douleur oculaire
- Surdité

Peau

- Problèmes de peau/Éruptions cutanées
- Démangeaisons
- Ecchymoses faciles
- Sécheresse
- Furoncles
- Varices
- Peau sensible
- Urticaire ou allergie

Système gastro-intestinal

- Manque d'appétit
- Difficulté à digérer des aliments gras

- Faim/Soif excessive
- Érucation ou flatulence
- Nausées
- Vomissements
- Brûlures d'estomac
- Douleurs à l'estomac
- Constipation/diarrhée
- Troubles du colon
- Troubles du foie/Hépatite
- Troubles de la vésicule biliaire
- Ulcères
- Colites
- Hémorroïdes
- Hypoglycémie
- Hernie hiatale
- Goût métallique

Pour femmes seulement

- Crampes/maux de dos
- Antécédent d'avortement spontané
- Cycle irrégulier
- Pertes vaginales
- Masses/bosses dans un(les) sein(s)
- Symptômes ménopausiques
- Grossesse
- Menstruations douloureuses
- Flot excessif
- Bouffées de chaleur
- Hystérectomie

Veillez lire et signer :

- J'atteste que les informations que j'ai fournies sont vraies et complètes au meilleur de ma connaissance.
- Je comprends que les informations que j'ai fournies sur ce formulaire sont confidentielles et ne seront pas divulguées sans mon consentement écrit.
- Je comprends que l'acupuncteur/acupunctrice peut mettre fin au traitement à tout moment en raison d'un comportement inapproprié.
- Je consens à une évaluation/réévaluation de mon état de santé et à un traitement d'acupuncture chez Massothérapie Massage Addict.
- J'autorise Massothérapie Massage Addict à communiquer avec mon médecin ou un autre professionnel de la santé indiqué ci-dessus aux fins du traitement.
- Je comprends que toutes les séances incluent du temps pour une pré-évaluation de la santé et pour me changer.
- Je comprends qu'un préavis de 24 heures est requis pour reporter tous prochains rendez-vous sinon les frais complets s'appliqueront.
- J'autorise le transfert de mon dossier médical vers une autre clinique de Massothérapie Massage Addict si je déménage ou si une nouvelle clinique de Massothérapie Massage Addict est ouverte plus près de mon domicile.

Signature _____ Date d'aujourd'hui _____

Une mise à jour de vos antécédents médicaux est requise tous les six mois. Un nouveau formulaire d'antécédents médicaux doit être rempli chaque année.

Changements Oui Non

Commentaires _____

Signature _____

Changements Oui Non

Commentaires _____

Signature _____