DOSSIER D'ACUPUNCTURE

no. du dossier :_____

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Courriel: @

Nom : _____ **Prénom :** _____

Sexe : M ☐ **F** ☐ **Date de naissance : Jour** _____ **Mois** _____ **Année** _____

Adresse : No._____ **Rue** _____ **App. :** _____ **Ville :** _____

Code postal : _____ _____ **Tél. : Dom. :** _____ **Trav. :** _____ **(poste)** _____ **Cell :**_____

RAISON DE LA VISITE : _____

_____ **Date :** _____
Jour Mois Année

HISTOIRE MÉDICALE

Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? ..... Oui ☐ **Non** ☐

Si oui :

Nom :_____ **Prénom :** _____ **Spécialité :** _____

Tél. : _____ **(poste)** _____ **Son diagnostic :** _____

Traitement prescrit : _____

Réactions au traitement : _____

Avez-vous consulté d'autres professionnels de la santé dans les douze (12) derniers mois? Oui ☐ **Non** ☐

Si oui :

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Spécialité :** _____

Tél. : _____ **(poste)** _____

Type de traitements reçus : _____

Réactions au traitement : _____

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Spécialité :** _____

Tél. : _____ **(poste)** _____

Type de traitements reçus : _____

Réactions au traitement : _____

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de ?:

	OUI	NON
*Troubles cardiaques (infarctus,angine , problèmes valvulaires, souffle)	☐	☐
*Tension artérielle : Haute _____ Basse _____	☐	☐
*Saignements prolongés	☐	☐
*Anémie	☐	☐
*Problèmes pulmonaires	☐	☐
*Tuberculose.....	☐	☐
*Asthme	☐	☐
*Rhume des foins	☐	☐
*Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants? : Aliments	☐	☐
Médicaments	☐	☐
*Troubles digestifs	☐	☐
*Ulcères de l'estomac	☐	☐
*Problèmes du foie (hépatite A,B,C, cirrhose, Cholestérol).....	☐	☐
*Troubles du rein	☐	☐
*Diabète	☐	☐

	OUI	NON
* Troubles thyroïdiens	☐	☐
* Épilepsie	☐	☐
* Troubles nerveux	☐	☐
*Maux de tête fréquents	☐	☐
*Étourdissements.....	☐	☐
*Évanouissements	☐	☐
*Maux d'oreilles	☐	☐
*Problèmes oculaires	☐	☐
*Maladie de peau	☐	☐
*Arthrite.....	☐	☐
*Maladies vénériennes(MTS).....	☐	☐
*Êtes-vous atteint(e) du syndrome de l'immunodéficienne humaine (SIDA).....	☐	☐
*Avez- vous déjà reçu des traitements de radiothérapie et/ou chimio-thérapie?.	☐	☐
*Avez-vous des prothèses articulaires?.....	☐	☐
mammaires?	☐	☐

*Portez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou autres instruments / systèmes médicaux implantables actifs (ISMIA)? ☐ ☐

*Êtes-vous dépendant(e)? Alcool ☐ Drogue ☐ Caféine ☐ Tabac ☐

*Avez-vous déjà été hospitalisé(e) et-ou subi(e) des interventions chirurgicales? Si oui, lesquelles? Et quand?

_____

_____

_____

_____

*Prenez-vous ..... des anticoagulants? ..... ☐ OUI ☐ NON

des corticoïdes? ..... ☐ OUI ☐ NON

*Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels?

_____

_____

*Prenez-vous des suppléments alimentaires ou des produits sans ordonnance ? Si oui, lesquels ?

_____

_____

*Êtes- vous enceinte? ..... ☐ OUI ☐ NON Nombre de semaines :_____