

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ AAAA/MM/JJ Âge : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Acceptez-vous que l'on communique avec vous par courriel?
(Pour reçus et confirmations de rendez-vous). Si oui : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Lien avec cette personne : _____ Téléphone : _____

Occupations

Travail : (bureau, manutention, ordinateur, etc.) : _____

Occupation : _____

Activités sportives : _____

Raison de la consultation

Raison de la consultation : _____ Oui Non

Avez-vous déjà été traité(e) pour votre blessure actuelle?

Si oui, depuis quand : _____

Est-ce que votre blessure est survenue sur les lieux du travail :

Est-ce que votre blessure est le résultat d'un accident d'automobile ?

Si oui, date de l'événement : _____

Êtes-vous présentement en traitement avec un autre professionnel de la santé ?

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? _____

Professionnel : _____

Références

Par qui avez-vous été référé(e) ?

Par un médecin (nom) : _____

Par un thérapeute (nom) : _____

Vous étiez patient auparavant : _____

Par un autre patient (nom) : _____

Publicité : _____

Médecin de famille : _____

Dernier examen complet : _____

Questionnaire santé

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous présentement des conditions suivantes ?	Oui	Non	Détails
Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Insomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladies inflammatoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infections majeures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Troubles cardiaques (hypertension, angine, infarctus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Troubles respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problèmes orthopédiques (incluant fracture(s))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____			_____
Traumatismes majeurs (accidents, chutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____			_____

Faites-vous de la fièvre présentement? Oui Non _____

Si oui, spécifiez combien et depuis quand ? _____

Avez-vous perdu du poids de façon significative dans les 6 derniers mois ? Oui Non _____

Avez-vous des implants métalliques Oui Non _____

Portez-vous des verres de contact, lunettes? Oui Non _____

Consommez-vous de l'alcool sur une base régulière? Oui Non _____

Êtes-vous fumeur(euse)? Oui Non _____

Avez-vous déjà été opéré(e)? Dates et chirurgies : Oui Non _____

Avez-vous des allergies (médicaments, cutanées, respiratoires, alimentaires)? Oui Non _____

Réactions à ces allergies? _____

Quels médicaments prenez-vous et pourquoi? _____

Êtes-vous présentement enceinte? Oui Non _____

Grossesse(s) et accouchement(s) (nombre et année) : _____

Pour offrir un service de qualité, nous avons besoin de votre collaboration. Nous vous demandons de nous aviser 24 heures à l'avance pour les changements de rendez-vous. Des frais de 40\$ seront facturés pour tout rendez-vous annulé à moins de 24 heures d'avance • Veuillez-vous présenter minimum 5 minutes avant l'heure de votre rendez-vous. SVP portez des vêtements confortables pour votre traitement (short, camisole avec dos dégagé, jogging, etc.)

Initiales : _____

Signature : _____ Date : _____

Signature du physiothérapeute : _____ Date : _____