

Formulaire nouveau patient

Les informations fournies dans ce formulaire sont considérées strictement confidentielles.

Vos réponses sont importantes afin de nous aider à mieux comprendre votre condition de santé et vous donner les meilleurs soins.



Karine Villeneuve, PT
1055 rue Laurier, unité 1
Rockland ON K4K 1E3
T: (613) 446-4553
F: (613) 446-6331

Nom : _____ Date: _____

DDN : ____/____/____ (jj/mm/aa)

Adresse : _____

 Homme
 Femme
 Autre

#Tél.: maison : () ____ - ____ cell : () ____ - ____

Adresse courriel: _____

Occupation: _____

Employeur: _____

Avez-vous des assurances ? _____

Cochez et indiquez à quel âge vous avez souffert de l'un des troubles suivants:

Générale

- Allergies
- Dépression
- Étourdissements
- Perte de conscience
- Fatigue
- Fièvre
- Maux de tête
- Insomnie
- Maladie mentale
- Nervosité
- Tremblements
- Perte/gain de poids

Muscle/Articulation

- Arthrite/rhumatisme
- Bursite
- Problème de pieds
- Faiblesse musculaire
- Douleur lombaire
- Douleur au cou
- Point au milieu du dos
- Douleur articulaire

Peau

- Acné
- Ecchymose facile
- Sécheresse
- Éruptions/allergies
- Démangeaisons
- Rash
- Varices

Yeux, Oreille, Nez & Gorge

- Rhume
- Surdité
- Douleur oreille
- Douleur oculaire
- Troubles de gencive
- Voix rauque
- Obstruction nasale
- Saignements de nez
- Bourdonnement oreille
- Sinusite
- Maux de gorge
- Pharyngite
- Troubles de vision

Gastro-intestinal

- Douleur abdominale
- Sang dans les selles
- Colite ulcéreuse/Crohn
- Colon irritable
- Constipation
- Diarrhée
- Digestion difficile
- Diverticulite
- Ballonnement
- Faim excessive
- Troubles de la vessie
- Hernie
- H moro ides
- Vers intestinaux
- Jaunisse
- Troubles du foie
- Nausée
- Défécation douloureuse
- Douleur à l'estomac
- Appétit faible
- Vomissement
- Vomissement de sang

Génito-urinaire

-  nur sie (pipi au lit)
- Infection vessie
- Sang dans les urines
- Infection rénale
- Pierres aux reins
- Troubles de la prostate
- Pus dans les urines
- Incontinence

Miction:

- Plus de 2x dans la nuit
- Plus de 8x en 24hrs
- Débit/force diminuée
- Douleur à la miction
- Urgence de miction

Cardio-vasculaire

- Haute pression
- Basse pression
- Athérosclérose
- Pouls irréguliers
- Serrement de poitrine
- Palpitation
- Troubles de circulation
- Pouls rapide
- Pouls faible
- Enflures aux chevilles

Respiratoire

- Douleur thoracique
- Toux chronique
- Difficulté à respirer
- Rhume des foins
- Souffle court
- Crachat mucus/sang
- R lement

Femme seulement

- Congestion mammaire
- Cou de chaleur
- Masses au seins
- Ménopause
- Pertes vaginales anormales

Flux menstruel:

- R g. Irr g.
- Douleur/crampes

Durée menstruations: _____

Longueur du cycle: _____

1er jour du dernier cycle: _____

 tes-vous enceinte: Oui Non

Si oui, combien de mois ? _____

Combien d'enfants avez-vous? _____

Méthode de contraception: _____

Date du dernier PAPtest: _____

Normal Anormal

Date dernière mammographie: _____

Normal Anormal

Cochez toutes les conditions que vous avez ou avez eu:

- Alcoolisme
- Anémie
- Appendicite
- Asthme
- Bronchite
- Cancer
- Varicelle
- Feu sauvage
- Diabète
- Eczéma
- Oedème
- Emphysème
-  pilepsie
- Goitre
- Goutte
- Reflux gastrique
- Maladie cardiaque
- Hépatite
- Herpès
- Cholestérol  lev 
- VIH/SIDA
- Influenza
- Malaria
- Rougeole
- Fausse couche
- Sclérose en plaque
- Oreillons
- Perte de sensation/picotement
- Pace maker
- Ostéoporose
- Pneumonie
- Polio
- Rhumatisme articulaire aigu
- AVC
- Désordre thyroïdien
- Tuberculose
- Ulcère

Inscrivez toute médication que vous prenez actuellement et la raison:

Formulaire Nouveau patient (suite)

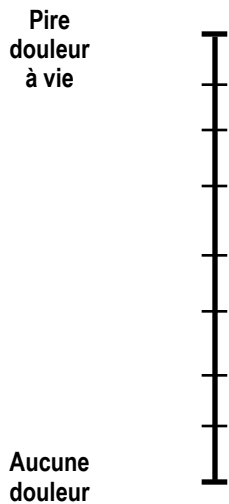
Donnez une courte description du problème dont vous souffrez actuellement: _____

Depuis combien de temps ? _____ Est-ce que cela tend à empirer avec le temps ? Oui Non

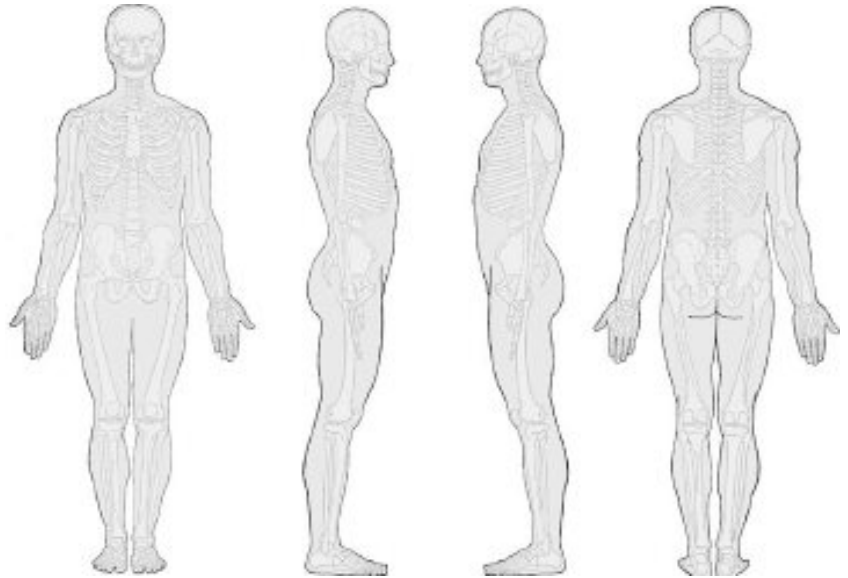
Est-ce que cela nuit au (cochez si applicable): Travail, Sommeil, Autre: _____

Selon vous, quel en serait la cause ? : _____

Estimez votre niveau de douleur sur l'échelle suivante :



Marquez les régions douloureuses sur le diagramme suivant



Antécédents de santé

Avez-vous... Oui Non Si oui, expliquez brièvement

...déjà été hospitalisé ? _____

...souffert d'une maladie mentale ? _____

...souffert d'une fracture ? _____

...souffert d'une entorse ? _____

...porté des orthèses plantaires ? _____

Prenez-vous des vitamines, suppléments, herbes ? _____

La majorité de votre journée est ? debout Assis Autre: _____

Quel âge à votre matelas ? _____

À quand remonte votre dernier examen physique ? _____

Habitudes	non	léger	mod.	+++
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liqueurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliment salé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antécédents familiaux (cochez toutes les conditions que l'on retrouve dans votre famille)

Alcoolisme Cancer Hypertension artérielle Asthme Désordre thyroïdien Épilepsie

Anémie Diabète Cholestérol élevé Glaucome Maladie cardiaque Ostéoporose

Athérosclérose Emphysème Sclérose en plaques AVC Arthrite Saigne facilement

Souffrez-vous d'une autre condition de santé dont nous devrions être informé ? _____
