

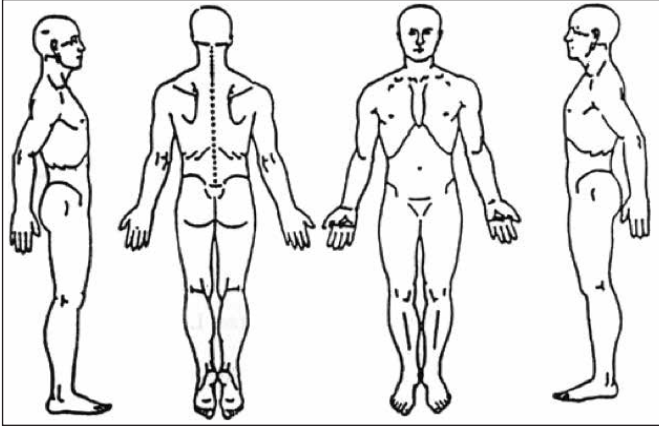
# QUESTIONNAIRE D'ADMISSION

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naiss. (J/M/A) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Consultez-vous : En prévention ☐ Pour un problème en particulier ☐

S'il y a lieu, veuillez indiquer les endroits douloureux sur le dessin



Quel est votre motif de consultation principal?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quels sont vos autres problèmes par ordre d'importance?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Depuis combien de temps ressentez-vous votre problème principal? \_\_\_\_\_
- Quelle est l'intensité de la douleur? Peu de douleur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur extrême
- Ce problème vous affecte combien de jours par semaine? 1 2 3 4 5 6 7
- Comment est survenu ce problème? Graduellement ☐ Subitement ☐ Suite à un accident ☐ Je ne sais pas ☐
- Votre problème est-il plus intense...? au lever ☐ le jour ☐ le soir ☐ la nuit ☐

Avez-vous consulté quelqu'un d'autre pour votre condition? Oui ☐ Non ☐

Qui? \_\_\_\_\_ Quand? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? Oui ☐ Non ☐ Avez-vous été hospitalisé? Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous été traité pour d'autres problèmes de santé au cours de la dernière année? Oui ☐ Non ☐

Description \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Historique de traumatismes :

Avez-vous déjà : Subi des chutes (au travail, enfance, à la maison, etc.)? Oui ☐ Non ☐ \_\_\_\_\_

Été impliqué dans un accident de voiture/moto/autre? Oui ☐ Non ☐ \_\_\_\_\_

Subi une fracture ou dislocation? Oui ☐ Non ☐ \_\_\_\_\_

Subi une blessure sportive (entorse, commotion, etc.)? Oui ☐ Non ☐ \_\_\_\_\_

Été victime d'un autre accident? Oui ☐ Non ☐ \_\_\_\_\_

Prenez-vous actuellement des médicaments (avec ou sans prescription), des produits naturels ou des suppléments alimentaires?

Oui ☐ Non ☐ Lesquels? : \_\_\_\_\_

Anti-inflammatoires ☐ Relaxants musculaires ☐ Analgésiques ☐ Haute pression ☐ Cholestérol ☐ Anovulants ☐

Glande thyroïde ☐ Diabète ☐ Antidépresseurs ☐ Anxiolytiques ☐ Autres : \_\_\_\_\_

Date de votre dernier examen : physique \_\_\_\_\_ sanguin \_\_\_\_\_ urinaire \_\_\_\_\_

Êtes-vous? Fumeur ☐ Ancien fumeur ☐ Non-fumeur ☐

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

#### Général

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes | <input type="checkbox"/> Fatigue         | <input type="checkbox"/> Gain de poids | <input type="checkbox"/> Perte de poids inexpliquée   |
| <input type="checkbox"/> Dépression       | <input type="checkbox"/> Cancer          | <input type="checkbox"/> Fièvre        | <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel     |
| <input type="checkbox"/> Stress           | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Anxiété       | <input type="checkbox"/> Autre problème psychologique |

#### Neurologique

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Étourdissements/vertiges | <input type="checkbox"/> Perte de mémoire | <input type="checkbox"/> Difficulté à parler | <input type="checkbox"/> Parkinson            |
| <input type="checkbox"/> Évanouissement           | <input type="checkbox"/> Mal de tête      | <input type="checkbox"/> Migraine            | <input type="checkbox"/> Difficulté à marcher |
| <input type="checkbox"/> AVC                      | <input type="checkbox"/> Alzheimer        | <input type="checkbox"/> Faiblesses          | <input type="checkbox"/> Tremblements         |

#### Musculo-squelettique

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrite        | <input type="checkbox"/> Arthrose        | <input type="checkbox"/> Fracture       | <input type="checkbox"/> Blessure à la tête |
| <input type="checkbox"/> Blessure au cou | <input type="checkbox"/> Blessure au dos | <input type="checkbox"/> Hernie discale | <input type="checkbox"/> Scoliose           |

#### Endocrinien

- |   |  |                                  |  |
|---|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie | <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Autre problème hormonal |
|---|--|----------------------------------|--|

#### ORL

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trouble de vision   | <input type="checkbox"/> Vision double | <input type="checkbox"/> Perte d'audition | <input type="checkbox"/> Acouphène         |
| <input type="checkbox"/> Douleur à l'oreille | <input type="checkbox"/> Glaucome      | <input type="checkbox"/> Troubles buccaux | <input type="checkbox"/> Saignement de nez |

#### Respiratoire

- |                                 |                               |  |  |
|---------------------------------|-------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire | <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine |
|---------------------------------|-------------------------------|--|--|

#### Autre

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anémie              | <input type="checkbox"/> Embolie        | <input type="checkbox"/> Infarctus           | <input type="checkbox"/> Arythmie          |
| <input type="checkbox"/> Haute pression      | <input type="checkbox"/> Basse pression | <input type="checkbox"/> Cholestérol élevé   | <input type="checkbox"/> Allergies : _____ |
| <input type="checkbox"/> Brûlement d'estomac | <input type="checkbox"/> Ulcères        | <input type="checkbox"/> Difficulté à uriner | <input type="checkbox"/> Incontinence      |

#### Hommes

- |   |   |  |                                     |
|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problème de prostate | <input type="checkbox"/> Trouble érectile | <input type="checkbox"/> Problème testiculaire | <input type="checkbox"/> ITSS (MTS) |
|---|---|--|-------------------------------------|

#### Femmes

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleur | <input type="checkbox"/> Règles absentes | <input type="checkbox"/> Règles irrégulières | <input type="checkbox"/> Règles douloureuses |
| <input type="checkbox"/> Douleur aux seins   | <input type="checkbox"/> Ménopause       | <input type="checkbox"/> ITSS (MTS)          | <input type="checkbox"/> Infertilité         |

Êtes-vous enceinte? Oui ☐ Non ☐ Si oui, quelle est la date prévue pour l'accouchement \_\_\_\_\_

Sommeil : Heures de sommeil par nuit en moyenne \_\_\_\_\_ Position de sommeil : dos ☐ ventre ☐ côté (D ou G) ☐

Au réveil, vous êtes : bien reposé ☐ fatigué ☐ incapable de vous lever ☐

Activités (sports/loisirs) : \_\_\_\_\_

Stress : sur une échelle de 0 à 10, à combien se situe votre niveau de stress? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Alimentation : Avez-vous des inquiétudes au sujet de votre alimentation? Oui ☐ Non ☐ Si oui, décrire : \_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres inquiétudes au sujet de votre santé? Oui ☐ Non ☐ Si oui, décrire : \_\_\_\_\_

Antécédents familiaux : (problème cardiaque, diabète, cancer, arthrite, problème de thyroïde, cholestérol élevé, AVC, etc.)

Mère : \_\_\_\_\_

Père : \_\_\_\_\_

Frères/sœurs : \_\_\_\_\_

Grands-parents : \_\_\_\_\_

Je déclare avoir rempli ce questionnaire au meilleur de mes connaissances.

Signature du patient ou de la personne responsable \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_