

## Questionnaire de votre état de santé

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

Tél. maison : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_ Cell. ou paget : \_\_\_\_\_

Référé par : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Souffrez-vous de façon répétitive de ?** (Encerclez svp)

Otite  
Sinusite  
Rhinite  
Laryngite  
Pharyngite  
Amygdalite  
Reflux oesophagien  
Brûlement d'estomac  
Ulcère  
Lenteur digestive  
Constipation  
Diarrhée  
Ballonnement  
Hémorroïde  
Perte de conscience  
Maux de tête  
Étourdissement  
Eczéma  
Psoriasis

**Avez-vous déjà eu des traitements ?** (Encerclez svp)

Orthodontie, extraction dentaire (difficile ou complexe) implant, pont

**Souffrez-vous de?**

Myopie, presbytie, glaucome ou autre, précisez \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà eu des problèmes de?**

Infarctus, arythmie, palpitation

**Souffrez-vous de haute tension ou basse tension artérielle?**

Portez-vous un pacemaker?

**Avez-vous déjà eu des problèmes?**

Anémie  
Leucémie  
Phlébite  
Thrombose  
Embolie  
Bronchite  
Pneumonie  
Mononucléose

**Souffrez-vous d'asthme?**

**Avez-vous des allergies?** (encerclez svp)  
Respiratoire, alimentaire, médicamenteuse  
Précisez \_\_\_\_\_

**Souffrez-vous de ?**

Cholestérol, si oui contrôler par la médication ou par diète? Précisez \_\_\_\_\_  
Diabète, si oui contrôler par médication ou diète?  
Épilepsie, si oui devez-vous prendre de la médication? Précisez \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà eu des problèmes?**

Hépatite (type A,B ou C), cirrhose, colique néphrétique (pierre au reins), cystite (infection urinaire à répétition), zona

**Souffrez-vous de fuite urinaire?**

**Avez-vous des problèmes de?**

Glande thyroïde (hyper ou hypo) ménopause, de croissance (lors de l'enfance)

**Souffrez-vous d'infection répétitive si oui précisez** \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà eu des tests sanguins positif ou séropositif?**

**Souffrez-vous de?**

Sclérose en plaques, sida, arthrite rhumatoïde, fibromyalgie

**Avez-vous déjà eu une tumeur ou cancer?** Si oui précisez \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà eu?**

Fracture, entorse, accident d'auto, de sport

**Souffrez-vous de?**

Arthrite, arthrose, ostéoporose

**Avez-vous déjà eu des chirurgies?** Si oui précisez \_\_\_\_\_

**Médicaments pris sur une base régulière** (veuillez les noter) \_\_\_\_\_

**Questions féminines**

Êtes-vous enceinte? Si oui combien de mois \_\_\_\_\_

Grossesses antérieures : nombres \_\_\_\_\_

Accouchements par voies vaginales ou césariennes, précisez \_\_\_\_\_

Vos menstruations sont-elles régulières? \_\_\_\_\_

Vos menstruations sont-elles douloureuses? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu une mammographie? \_\_\_\_\_ Si oui quand? \_\_\_\_\_

Résultats de la mammographie \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu une fausse couche et/ou interruption de grossesse (avortement)? \_\_\_\_\_

Si oui quand \_\_\_\_\_

Souffrez-vous?

Endométriose

Infection pelvienne

Kystes

**Description sommaire du poste de travail** (ex : debout, assis, beaucoup de manutention, etc.)

---

---

**Objectifs personnels de traitements ou but à atteindre :** \_\_\_\_\_

---

---

**Personne à joindre en cas d'urgence**

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

**Lien;** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_