

DOSSIER D'ACUPUNCTURE

no. du dossier : _____

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Nom : _____ Prénom : _____

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

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

Code postal : _____ Tél. : Dom. : _____ Trav. : _____ (Poste) _____

Parent (Tuteur) : _____ No. Ass. maladie : _____ - _____ - _____

CSST: ☐ no. de dossier _____ SAAQ: ☐ no. de dossier _____**RAISON DE LA VISITE :** _____**DATE :** _____

jour mois année

HISTOIRE MÉDICALE**1. 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 : _____

2. Avez-vous consulté d'autres professionnels de la santé ?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 : _____



Ce formulaire est approuvé par l'Ordre des acupuncteurs du Québec

3. Avez-vous souffert ou souffrez-vous de ?

OUI NON

OUI NON

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| * Troubles cardiaques (infarctus, angine problèmes valvulaires, souffle) | ☐ | ☐ | * Troubles thyroïdiens | ☐ | ☐ |
| * Portez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker) | ☐ | ☐ | * Épilepsie | ☐ | ☐ |
| * Tension artérielle (pression) : haute ☐ basse ☐ | ☐ | ☐ | * Troubles nerveux | ☐ | ☐ |
| * Saignements prolongés..... | ☐ | ☐ | * Maux de tête fréquents..... | ☐ | ☐ |
| * Anémie | ☐ | ☐ | * Étourdissements, évanouissements..... | ☐ | ☐ |
| * Problèmes pulmonaires | ☐ | ☐ | * Maux d'oreilles | ☐ | ☐ |
| * Tuberculose | ☐ | ☐ | * Problèmes oculaires (yeux)..... | ☐ | ☐ |
| * Asthme | ☐ | ☐ | * Maladie de peau | ☐ | ☐ |
| * Rhume des foins..... | ☐ | ☐ | * Arthrite..... | ☐ | ☐ |
| * Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants : | | | * Maladies vénériennes (MTS)..... | ☐ | ☐ |
| Aliments | ☐ | ☐ | * Êtes-vous atteint(e) du syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA)..... | ☐ | ☐ |
| Médicaments | ☐ | ☐ | * Êtes-vous séro-positif au test du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) | ☐ | ☐ |
| * Troubles digestifs | ☐ | ☐ | * Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur) | ☐ | ☐ |
| * Ulcère de l'estomac..... | ☐ | ☐ | * Êtes-vous enceinte..... | ☐ | ☐ |
| * Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, cholestérol) | ☐ | ☐ | * Avez-vous des prothèses : articulaires ?..... | ☐ | ☐ |
| * Troubles du rein | ☐ | ☐ | : mammaires ?... .. | ☐ | ☐ |
| * Diabète | ☐ | ☐ | * Êtes-vous dépendant : | | |
| | | | alcool ☐ drogue ☐ tabac ☐ caféine ☐ | | |

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

	19
	19
	20
	20

4. Prenez-vous :

des anticoagulants ? ☐ OUI ☐ NON
des corticoïdes ? ☐ OUI ☐ NON

5. Prenez-vous des médicaments ou des produits sans ordonnance ? : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels ? _____
