



Lavergne Osteopathy, Inc
538 Avenue Acadie, Dieppe, NB E1A 1H9

506.852.3619 | lavergneosteopathy.com
johanne@lavergneosteopathy.com

QUESTIONNAIRE SANTÉ

Prénom _____ Nom de famille _____

Adresse postale _____

Ville _____ Code postal _____

Téléphone (maison) _____ Cellulaire _____

Téléphone (travail) _____ Courriel _____

Date de naissance _____ Profession _____

Contact d'urgence (nom) _____ Téléphone _____

Relation _____

Nom de votre médecin de famille : _____ Téléphone : _____

Actuellement, est-ce que vous consultez : médecin __ chiropraticien __ physiothérapeute __

Massothérapeute __ autres : _____

Dernier examen médical : _____

Quels sont vos symptômes majeurs ?

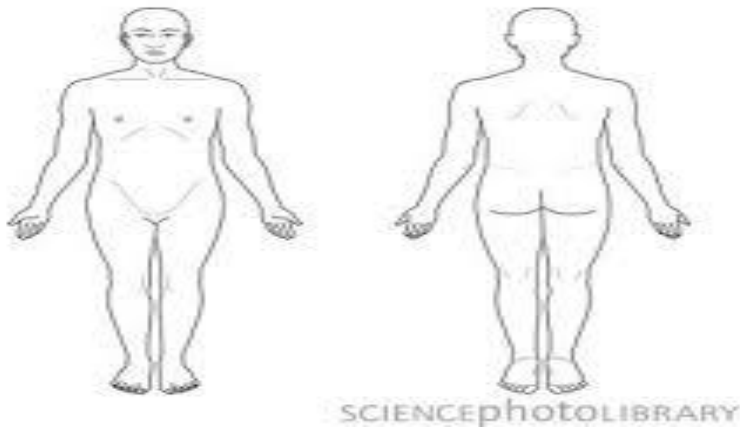
Avez-vous consulté à ce sujet ? ____ Si oui, quel était le diagnostic ? _____

Quel est votre niveau d'énergie ? 1 à 10 (dix étant très haute énergie)

Chirurgies : lesquelles ? _____

Accidents/fractures : Lesquelles ?

Veillez, si possible, indiquer sur ce schéma où se manifeste la douleur



Liste des médicaments

Veillez indiquer ce qui s'applique à votre santé par un « C ». Indiquez par un « P » si cela se présentait dans le passé.

Gastro-intestinale

Brûlure d'estomac___ indigestion___ ulcères___ diarrhée___

Trouble fonctionnel intestinal (IBS) ___ ballonnement___ crampes___

Colite___ maladie de Crohn___ reflux___ hernie___ hémorroïdes___

Constipation___ pancréas___ hypoglycémie ___ diabète ___

Autres_____

Région cou/tête

Céphalée___ migraines___ commotion cérébrale___ sinusite___
Yeux secs___ douleur aux yeux___ glaucome___ allergies___
Maux d'oreilles___ acouphène___ surdit  ___ otite ___
Hernie cervicale___ autres_____

Cardio-vasculaire et neurologie

Accident vasculaire c  r  bral (AVC) avec s  qu  lle ___ Sans s  qu  lles ___
Haute tension art  rielle___ basse pression art  rielle___ angine de poitrine___
Infarctus du myocarde___ palpitation cardiaque___ insuffisance cardiaque___
Stimulateur cardiaque___ cholest  rol   lev  ___ Anxi  t   ___
Autres _____

Muscles, articulations

Fractures ___ bursite___ ost  oporose ___ entorse___
Arthrose___ tendinite___ rhumato  de___ hernie discale___
Autres _____

Syst  me respiratoire

Asthme___ probl  mes respiratoires___ toux Chronique___
Bronchite___ difficult      inspirer___ difficult      Expirer___ pneumonie___
Chronique mucus___ douleur en inspirant/expirant___
Autres _____

Chez la femme

Dysfonction sexuelle ___ Cycle douloureux ___ SPM ___
Infections fongique ___ avortement ___ Kyste ovarien___
Fibrose___ rapport sexuel douloureux___
Endom  trioses___ Nombres de grossesses ? ___
Autres _____

Chez l'homme

Andropause ___ douleurs testiculaires ___ prostatite___
Hypertrophie de la prostate ___ douleur inguinale (   l'a  ne) ___
Rapport sexuel douloureux___ Dysfonction sexuelle ___
Autres _____

Urinaire

Incontinence___ insuffisance r  nale___ calcul r  naux___
Infections urinaires (cystite) ___

La peau

Mycoses cutanées (main, pieds, ongles, cuir chevelu) ___ psoriasis ___ Eczéma ___

Avez-vous des maladies de la peau, des lésions ? ___

Avez-vous eu une ou des biopsies ? _____

Infections

Hépatites ___ tuberculose ___ HIV/ AID ___

Autres : _____

Endocrinien

Hypothyroïdie ___ hyperthyroïdie ___ Diabète ___

Goitre ___ insuffisance surrénale ___

Cancer, expliquez : _____

CONSENTEMENT ÉCRIT

- ❖ Toutes les informations enregistrées sur le formulaire d'antécédents médicaux sont importantes pour vous offrir un traitement plus efficace et sécuritaire. En signant ce formulaire, vous comprenez que toutes les informations enregistrées sont strictement confidentielles.
- ❖ Je reconnais que la pratique manuelle de l'ostéopathie ne tient pas la place d'un diagnostic médical. Il est recommandé que je voie mon médecin responsable de ce service.
- ❖ L'approche ostéopathique par le praticien a été discutée avant le traitement et le consentement a été donné volontairement.
- ❖ Il est possible et normal d'avoir une réaction au traitement (maux de tête, des douleurs musculaires et courbatures, douleurs articulaires). Mais si cela persiste plus de 48 heures, s'il vous plaît appelez le bureau.
- ❖ Je comprends et donne mon consentement pour un soin ostéopathique qui peut couvrir les zones telles que le thorax/sternum (poitrine) et le bassin qui pourrait inclure le plancher pelvien, et les muscles fessiers. Je reconnais qu'en tout temps, j'ai le droit de retirer mon consentement au traitement, à une technique de traitement et à une zone à traiter et cela en tout temps durant la session.
- ❖ **Je reconnais que si j'arrive en retard pour mon traitement, je vais recevoir que le temps restant de mon rendez-vous. Si je ne me présente pas à mon rendez-vous sans prévenir je devrai payer une somme de 110 \$.** J'accepte de donner un avis de 24 heures.

- ❖ Les patients de moins de 16 ans doivent être accompagnés d'un parent ou tuteur légal pour les traitements et doivent cosigner ce document.
- ❖ Après avoir pris connaissance du questionnaire de santé, je confirme que tous les renseignements donnés sont véridiques et complets. Aucune information de mon dossier ne sera communiquée à qui que ce soit **sans mon autorisation écrite**.
- ❖ Je soussigné(e) comprends que lorsque je donne une permission écrite pour divulguer l'information de mon dossier ceci inclue les formulaires suivants : bilan de santé, charte et note de soin ostéopathique, rapport, correspondance.

Signature du patient: _____

Signature du parent/gardien _____ **Date:** _____