

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ & DE MIEUX-ÊTRE

INFORMATIONS PERSONNELLES ET CONFIDENTIELLES

Prénom: _____ Sexe: M F Âge: _____
 Nom de famille: _____ Date de naissance: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____ CP: _____
 Tél maison: _____
 Tél travail: _____
 Cell: _____
 Courriel: _____
 Nom du conjoint(e): _____

Marié Veuf(ve) Célibataire Mineur
 Séparé Divorcé Conjoint(e) de fait

Occupation: _____
 Employeur / École: _____
 Comment avez-vous entendu parler de nous?

COMMENT POUVONS-NOUS VOUS AIDER?

1. Qu'est ce qui vous amène à nous consulter aujourd'hui? _____

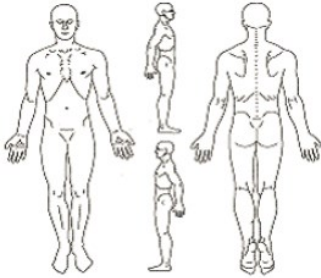
2. Si vous expérimentez déjà des symptômes, quels sont-ils? _____

3. Quelle est l'intensité de votre problème actuel? **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**
 Faible Très élevé

4. Si applicable, indiquez les zones où votre corps exprime des signaux d'alarmes: →

5. Que ressentez-vous?

<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Raideur	<input type="checkbox"/> Brûlure
<input type="checkbox"/> Engourdissement	<input type="checkbox"/> Faiblesse	<input type="checkbox"/> Crampe
<input type="checkbox"/> Fourmillements	<input type="checkbox"/> Irradiation	<input type="checkbox"/> Point
<input type="checkbox"/> Pincement	<input type="checkbox"/> Piqûre	<input type="checkbox"/> Enflure



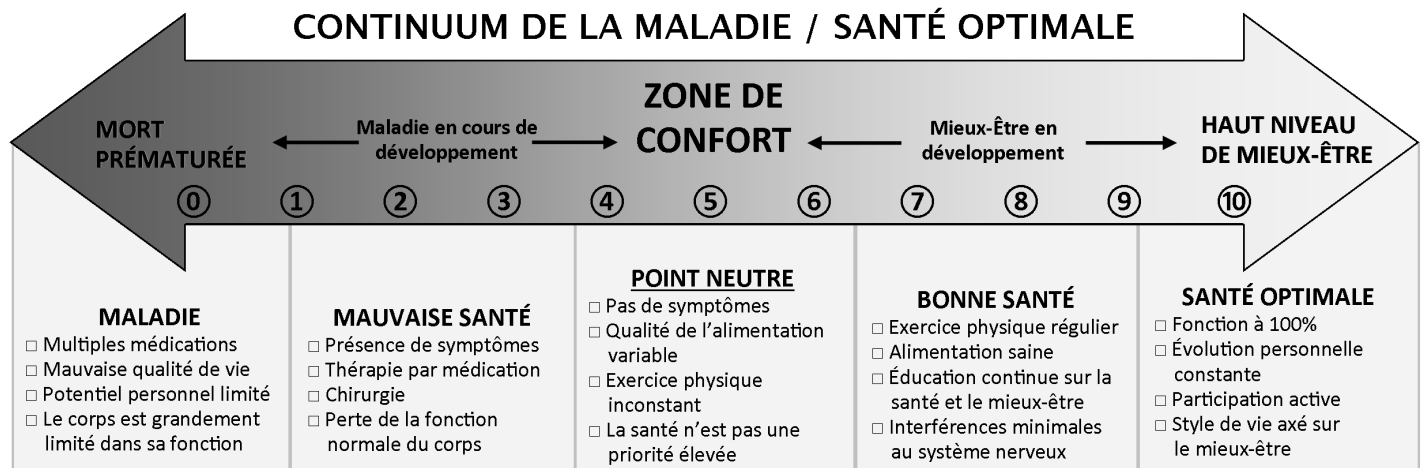
QUELS SONT LES IMPACTS SUR VOTRE VIE QUOTIDIENNE?

1. Comment votre problème affecte-t-il votre vie? (cochez les cases appropriées)

	Pas d'impact	Impact léger	Impact modéré	Impact sévère		Pas d'impact	Impact léger	Impact modéré	Impact sévère
Travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Énergie	<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"/>	Attitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Productivité	<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"/>	Créativité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. À quel point êtes-vous déterminé à régler votre problème? **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**
 Faiblement déterminé Hautement déterminé

ÉVALUATION DU NIVEAU DE SANTÉ



Sur le diagramme ci-haut:

- A. Selon vous, quel chiffre représente le mieux votre niveau de santé actuel? _____
- B. Selon vous, dans quelle direction votre santé se dirige-t-elle en ce moment? _____

Quels sont vos objectifs de santé?

IMMÉDIATS: _____

À COURT TERME: _____

À LONG TERME: _____

ENFANTS ET GROSSESSE

Combien d'enfants avez-vous? _____

Âge de(s) enfant(s): _____

Problème de santé de(s) enfant(s) : _____

SECTION FÉMININE

Êtes-vous présentement enceinte? Oui Non

Nombre de grossesse dans le passé: _____

Problèmes ou complications durant ces grossesses? _____

HISTORIQUE DE SANTÉ & DE MALADIE

Cochez si vous avez présentement (ou avez eu dans le passé) un des problèmes suivants:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acouphène <input type="checkbox"/> Alcoolisme <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Athérosclérose <input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Asthme / Allergies <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Douleur au cou | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Douleur au dos <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Goutte <input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Maladie endocrine (Thyroïde) <input type="checkbox"/> Maladies infantiles <input type="checkbox"/> Maux de tête/Migraine | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problèmes de circulation <input type="checkbox"/> Problèmes digestifs
(Constipation/Diarrhée/Reflux/Côlon irritable) <input type="checkbox"/> Problème de Main/Poignet/Coude <input type="checkbox"/> Problème de Pieds/Cheville <input type="checkbox"/> Problème de hanche <input type="checkbox"/> Problème immunitaire <input type="checkbox"/> Problème lymphatique <input type="checkbox"/> Problème d'épaule | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problème de mâchoire <input type="checkbox"/> Problèmes urinaires <input type="checkbox"/> Problème appareil reproducteur <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques <input type="checkbox"/> Scolioses <input type="checkbox"/> SIDA / VIH <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Autres: _____ |
|--|---|---|---|

ALLERGIES, MÉDICATIONS & SUPPLÉMENTATION

<p>Allergies (liste)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Médications (liste)</p> <p>_____ / _____</p> <p>_____ / _____</p> <p>_____ / _____</p>	<p>Raison de la prise de ce médicament:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--	---

Suppléments (liste): _____

Déclaration: J'atteste que les informations fournies ci-dessus sont exactes et complètes et je consens à recevoir les examens nécessaires.

Signature : _____

Date : ____ / ____ / 20__