

BONJOUR!

Afin de vous faire bénéficier de la séance d'acupuncture qui vous sera la plus adaptée et profitable, merci de répondre à ce formulaire (écrire le plus lisiblement possible !). Toutes ces informations resteront bien sûr confidentielles.

MERCI!

I/ Informations personnelles

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
Tél domicile :		Mobile :	Tél Travail :
Date de naissance :		Heure de naissance:	
Lieu de naissance :			
Profession :			
Statut marital : marié :	Nom/prénom :	Profession :	
divorcé	célibataire	vie maritale	veuf

Qui vous a référé pour cette consultation ?	
Avez-vous déjà consulté un acupuncteur ? Oui / Non	
si oui : Nom :	Lieu :

II/ Historique médical

Taille :	Poids :	
Date de votre dernière consultation médicale :		
Motif de cette consultation :		
Nom de votre médecin :	Tel :	
Hospitalisations :	Date :	Motif :
	Date :	Motif :
	Date :	Motif :
Motif de votre visite d'aujourd'hui :		
Autre(s) problème(s) de santé éventuel(s) :		

III/ Information sur votre santé

Antécédents familiaux de : Cancer / Tuberculose / Diabète / Autre :	
si oui, quel membre de votre famille ?	
Merci d'indiquer tout médicament que vous prenez actuellement :	
Médicament :	Posologie :
Médicament :	Posologie :
Médicament :	Posologie :
Buvez vous ? : Thé / Café / Alcool ?	Fréquence :
Fumez-vous ? Oui / Non Depuis :	Fréquence (paquet/jour) :

Pour les femmes uniquement :

Etes-vous enceinte ? Oui / Non	si oui, depuis combien de temps ?
Avez-vous été enceinte ? Oui / Non	si oui, nombre de naissances : de fausses couches :
Dernier examen gynécologique :	Date : Résultat :
Dernier Frottis vaginal :	Date : Résultat :

Au cours des six derniers mois, avez-vous souffert de l'un ou de plusieurs de ces symptômes ? :

Difficulté à arrêter un saignement	Jamais	Parfois	Souvent
Appétit excessif	Jamais	Parfois	Souvent
Selles molles ou diarrhée	Jamais	Parfois	Souvent
Problèmes digestifs	Jamais	Parfois	Souvent
Vomissements	Jamais	Parfois	Souvent
Eructations, renvois	Jamais	Parfois	Souvent
Brûlures d'estomac	Jamais	Parfois	Souvent
Sensation de stagnation de nourriture, lourdeur	Jamais	Parfois	Souvent
Toux	Jamais	Parfois	Souvent
Manque de souffle	Jamais	Parfois	Souvent
Diminution d'olfaction	Jamais	Parfois	Souvent
Problèmes nasaux	Jamais	Parfois	Souvent
Problèmes de peau	Jamais	Parfois	Souvent
Sensation de claustrophobie	Jamais	Parfois	Souvent
Bronchite	Jamais	Parfois	Souvent
Colite	Jamais	Parfois	Souvent
Constipation	Jamais	Parfois	Souvent
Hémorroïdes	Jamais	Parfois	Souvent
Prise d'antibiotiques récente	Oui	durée :	Non
Douleur au bas du dos	Jamais	Parfois	Souvent
Sciatique	Jamais	Parfois	Souvent
Problèmes de genoux	Jamais	Parfois	Souvent
Diminution de l'audition	Jamais	Parfois	Souvent
Acouphènes, vibrations dans les oreilles	Jamais	Parfois	Souvent

Calculs rénaux	Jamais	Parfois	Souvent
Diminution de libido	Jamais	Parfois	Souvent
Chute de cheveux	Jamais	Parfois	Souvent
Problèmes urinaires	Jamais	Parfois	Souvent

Insomnie, difficultés de sommeil	Jamais	Parfois	Souvent
Palpitations cardiaques	Jamais	Parfois	Souvent
Cauchemars	Jamais	Parfois	Souvent
Fatigue mentale, psychologique	Jamais	Parfois	Souvent
Rire sans raison apparente	Jamais	Parfois	Souvent
Douleur de poitrine	Jamais	Parfois	Souvent

Problèmes oculaires, gêne aux yeux	Jamais	Parfois	Souvent
Jaunisse (couleur jaunâtre des yeux ou de la peau)	Jamais	Parfois	Souvent
Hépatite	Jamais	Parfois	Souvent
Difficulté à digérer les aliments gras	Jamais	Parfois	Souvent
Calculs biliaires	Jamais	Parfois	Souvent
Selles de couleur claire	Jamais	Parfois	Souvent
Ongles mous ou cassants	Jamais	Parfois	Souvent
Agitation, énervement, facilité à être en colère	Jamais	Parfois	Souvent
Spasmes ou contractions musculaires	Jamais	Parfois	Souvent

Fatigue	Jamais	Parfois	Souvent
Oedèmes, enflures	Jamais	Parfois	Souvent
Présence de sang dans les selles	Jamais	Parfois	Souvent
Selles noires, goudronneuses	Jamais	Parfois	Souvent
Tendance aux contusions, hématomes, (« bleus »)	Jamais	Parfois	Souvent
Asthme	Jamais	Parfois	Souvent
Tendance à s'enrhumer facilement	Jamais	Parfois	Souvent
Intolérance aux changements de temps	Jamais	Parfois	Souvent
Allergies	Jamais	Parfois	Souvent
Rhume des foins	Jamais	Parfois	Souvent
Tendance à se sentir mal ou faible facilement	Jamais	Parfois	Souvent
Tension élevée	Jamais	Parfois	Souvent
Cholestérol élevé	Jamais	Parfois	Souvent
Perte de poids soudaine	Jamais	Parfois	Souvent

Remarque(s) ou information(s) supplémentaire(s) que vous souhaitez partager :

J'ai compris que les séances d'acupuncture impliquent l'insertion d'aiguilles à travers la peau et génèrent parfois de légères sensations telles qu'électricité, fourmillement, et rarement : vertige et transpiration... Je peux interrompre la séance à tout moment. Les séances s'accompagnent aussi d'une relaxation importante donc ma vigilance et mes réflexes de conduite peuvent parfois être diminués. Je peux rester me reposer au cabinet et, si j'en ressens le besoin, je me ferai reconduire à domicile.

Date :

Signature :

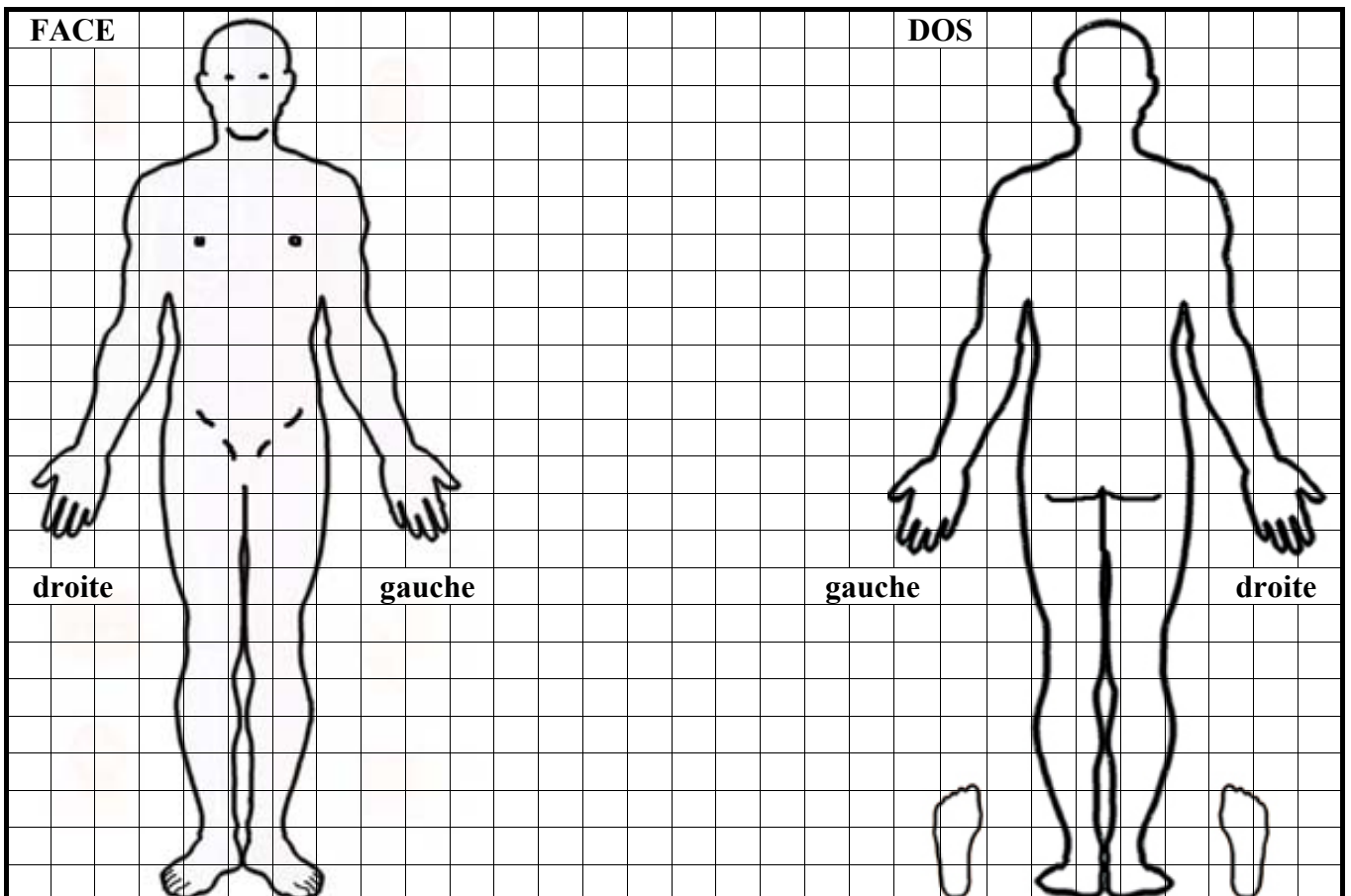
III/ Douleur, inconfort

Qualité de la sensation :	douleur	brûlure	engourdi	lancinant	autre
Depuis combien de temps avez-vous cette douleur ?					
Pendant combien de temps avez-vous été en arrêt de travail et/ou bénéficié d'une aide à domicile ?					

Ma douleur a commencé :	graduellement	brusquement
Suite à :	blessure/accident	chirurgie
Dans le temps :	discontinue	continue
S'aggrave quand je :	tousse ou renifle	m'assoie
	me penche en avant	m'allonge
	me réveille	marche
Autre :		

Est-ce qu'un traitement a déjà amélioré votre douleur ?

Est-ce qu'un traitement a déjà aggravé votre douleur ?
--



Date

Signature