



Maureen N. Maher, DO - Osteopathe Questionnaire Historique Medicale

Nom: _____ Telephone : _____

Date de naissance: _____ Adresse courriel: _____

Domicile: _____

Personne a contacter en cas d'urgence: _____ téléphone: _____

Nom de medecin de famille et adresse: _____

Informations generale:

Que lest votre métier: _____ Mouvements répétitifs relié au travail: _____

Consultez-vous présentement : Médecin Massothérapeute Chiropraticien Physiothérapeute

Date de votre dernière visite: _____

Nom de médicaments que vous prenez: _____

Avez vous déjà passé des examens : radiographiques scans résonance magnétique

pour quel region du corps : _____ Quand / résultats: _____

Analyses sanguines: _____ Quand et résultats: _____

Orthèses/prothèses: _____

Habitudes / Allergies alimentaires : _____

Exercice/activités/sports: _____

Habitudes de sommeil: _____

POUR FEMMES SEULEMENT

Grossesses: #: _____ accouchements (césarienne, naturel): _____

Menstruations / Age de début: _____

Date de vos dernières menstruations: _____

Ménopause: date du début: _____

Historique médicale:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> maladies cardiaque | <input type="checkbox"/> hépatite | <input type="checkbox"/> caillots sanguin |
| <input type="checkbox"/> Osteoarthritis | <input type="checkbox"/> dépression | <input type="checkbox"/> eczéma | <input type="checkbox"/> asthme / pneumonie |
| <input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoide | <input type="checkbox"/> pierres aux reins | <input type="checkbox"/> maladie du foie | <input type="checkbox"/> œdème |
| <input type="checkbox"/> Goute | <input type="checkbox"/> tuberculose | <input type="checkbox"/> hypo/hyper thyroïdie | <input type="checkbox"/> diabetes |
| <input type="checkbox"/> cholestérol | <input type="checkbox"/> infection de levure | <input type="checkbox"/> palpitations cardiaques | <input type="checkbox"/> ACV |
| <input type="checkbox"/> hypertension | <input type="checkbox"/> ulcères | <input type="checkbox"/> anémie | <input type="checkbox"/> crise d'épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> maladie auto-immune | <input type="checkbox"/> hémophilie | <input type="checkbox"/> SIDA ou Herpes |
| <input type="checkbox"/> Céphalées / migraines | <input type="checkbox"/> glaucome | <input type="checkbox"/> vésicule biliaire | |

Historique chirurgicale:

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> amygdales | <input type="checkbox"/> ovaires | <input type="checkbox"/> excision de la peau | <input type="checkbox"/> fractures |
| <input type="checkbox"/> adénoïdes | <input type="checkbox"/> yeux | <input type="checkbox"/> abdomen | <input type="checkbox"/> pointes/sutures |
| <input type="checkbox"/> appendice | <input type="checkbox"/> cou | <input type="checkbox"/> vésicule biliaire | <input type="checkbox"/> oignon |
| <input type="checkbox"/> uterus | <input type="checkbox"/> poitrine | <input type="checkbox"/> intestins | <input type="checkbox"/> cicatrices |
| <input type="checkbox"/> extraction dentaire | | <input type="checkbox"/> Seins | |

Historique familiale:

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> asthme | <input type="checkbox"/> hypertension | <input type="checkbox"/> alcoolisme | <input type="checkbox"/> maladie auto-immune |
| <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> cancer | <input type="checkbox"/> psychologique | <input type="checkbox"/> arthrite |
| <input type="checkbox"/> glaucome | <input type="checkbox"/> dépression | <input type="checkbox"/> maladie rénale | |

Cochez les symptômes que vous ressentez durant ces six derniers mois:

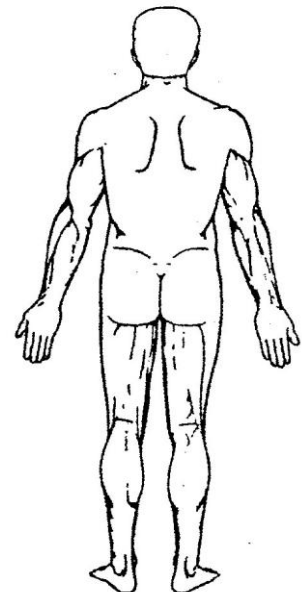
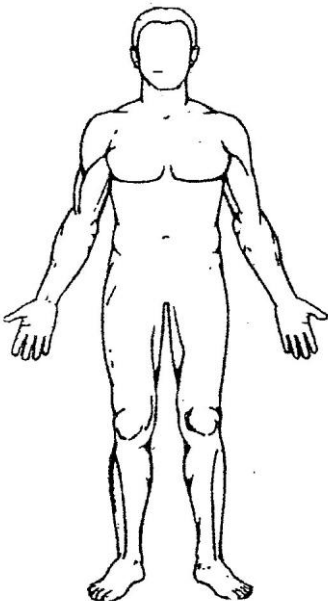
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> céphalées | <input type="checkbox"/> douleur hanche | <input type="checkbox"/> tension au niveau des épaules |
| <input type="checkbox"/> Migraines | <input type="checkbox"/> douleur entre omoplates | <input type="checkbox"/> fourmillements mains/bras |
| <input type="checkbox"/> tunnel carpien | <input type="checkbox"/> douleur genou | <input type="checkbox"/> fourmillement jambes/pieds |
| <input type="checkbox"/> Lombalgie/Sciatique | <input type="checkbox"/> douleur cheville/pied | <input type="checkbox"/> perte de force poignets |
| <input type="checkbox"/> douleur cervicale(cou) | <input type="checkbox"/> douleur articulations | <input type="checkbox"/> raideurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> douleur poignet/main | <input type="checkbox"/> blessure au travail | <input type="checkbox"/> brulements bras/jambe |
| <input type="checkbox"/> douleur coude | <input type="checkbox"/> accident automobile | <input type="checkbox"/> froid au pieds/mains |
| <input type="checkbox"/> Douleur épaule | <input type="checkbox"/> blessure sportive | |

3. Ressentez vous:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> fatigue | <input type="checkbox"/> anxiété |
| <input type="checkbox"/> difficulté dormir | <input type="checkbox"/> douleur/difficulté uriner |
| <input type="checkbox"/> cillement oreilles | <input type="checkbox"/> brulements estomac |
| <input type="checkbox"/> nervosité | <input type="checkbox"/> constipation |
| <input type="checkbox"/> vertiges | <input type="checkbox"/> diarrhée |
| <input type="checkbox"/> difficultés digestives | <input type="checkbox"/> autres: |
| <input type="checkbox"/> dépression | |

Faites dessinez des lignes (////) aux endroits ou vous ressentez des fourmillements/engourdissements

Faites dessinez des cercles (oooo) ou vous ressentez de la douleur



Historique de votre problème principal:

Quel est le problème principal? _____
Quand est-ce que vous le ressentez? _____
Ou est l'endroit de douleur? _____
Qu'est ce qui aggrave / améliore votre condition? _____
Traitements déjà suivis(physio, glace, étirements,ect) : _____

Avant de développer ce problème, il a t'il eu un accident, blessure, ou condition qui aurait pu déclencher ce problème?
Decrivez: _____

Politique d'annulation et consentement au traitement

En completant ce questionnaire et en écrivant votre signature ci-bas, vous acceptez d'être soigné avec des techniques osteopathique et de donner minimum 24 heures de preavis lors de cancellation de rendez-vous. Toutes rendez-vous manque sans preavis adequat seront charge le frais totale du traitement.

Signature du patient : _____

date: _____