



BILAN DE SANTÉ

1) Prenez-vous des anticoagulants (coumadin, plavix, syntron) ? : Non Oui

2) Dressez s.v.p la liste complète de tous les médicaments que vous prenez.

3) Avez-vous :

Pace maker ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Implant métallique ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Stérilet ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Enceinte ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	nombre de semaines

4) Avez-vous eu un ou des stress important(s) avant ou pendant l'apparition des symptômes ? Non Oui

Précisions (facultatif)

5) Souffrez-vous actuellement de :

	NON	OUI	SPECIFIEZ S.V.P.
Migraines, maux de tête, céphalée			
ORL, étourdissement, vertiges labyrinthite, acouphène			
Ostéoporose			
Diabète, hypoglycémie			
Allergies			
Haute pression, problème cardiaque, cholestérol			
Problème uro-génital (vessie), troubles gynécologiques			
Problèmes respiratoires, asthme, pneumonie			
Problèmes circulatoires			
Infections			
V.I.H. (SIDA)			
Hépatite			
Cancer			
Arthrose, arthrite, rhumatismes			
Maladies de peau			
Trouble du tube digestif, reflux gastrique, constipation			
Autre			

NOM EN LETTRES MOULÉES.....

→ → **Initiales du client :** **date :**

6) Avez-vous déjà consulté et/ou consultez-vous actuellement d'autres professionnels pour votre problème actuel ?

- Non
- Oui, lequel (lesquels) ?.....
.....

7) Y a-t-il eu des tests médicaux pour votre condition ?

- Non
- Oui (veuillez encercler) *C.T. Scan, Radiographie, Résonance magnétique, Échographie, Scintigraphie, E.M.G.*

8) Fumez-vous ?

- Non
- Oui

9) Faites-vous de l'exercice ?

- Non
- Oui Combien de fois / semaine

10) Avez vous des troubles de sommeil ?

- Non
- Oui

11) Avez-vous été hospitalisé récemment ?

- Non
- Oui pourquoi ?
.....
.....
.....

VOS ANTÉCÉDENTS (tout état de santé ou blessure que vous avez eu dans le passé)

QUAND ? Précisez s.v.p.

- | | | |
|------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Chirurgie | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Cancer | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Accident de travail | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Accident de la route | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Fracture / entorse | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Dépression | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Autre | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Si oui, lequel ? | | |

SECTION OSTÉOPATHIE SEULEMENT

Avez-vous eu une plaque occlusale ? Non Oui

Avez-vous des troubles menstruels ? Non Oui

Portez vous des semelles orthopédiques ou autre type ? Non Oui

Portez-vous des prothèses dentaires ? Non Oui

Veuillez encercler : *partielles, complètes, hautes ou basses*

Qu'elle est la date approximative de votre dernier examen visuel ?.....

Y a-t-il eu prescription ? Non Oui

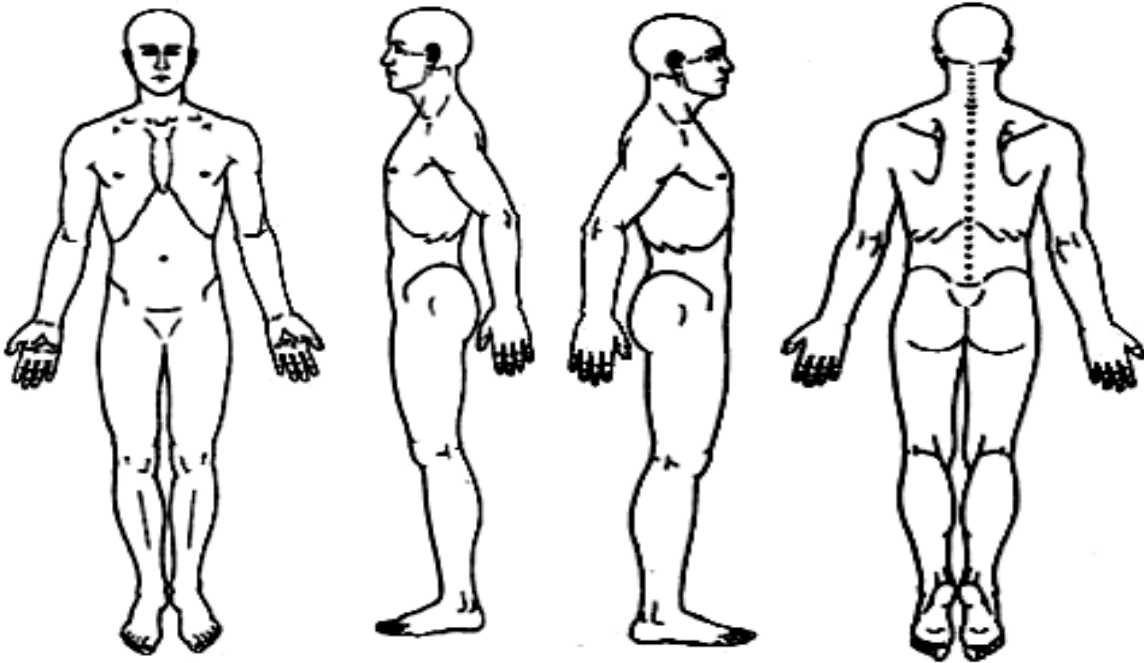
NOM EN LETTRES MOULÉES.....

→ → **Initiales du client :** **date :**

INSTRUCTIONS :

- 1) **SCHÉMAS**
Dessinez sur ces schémas la ou les région(s) symptomatique(s). Numérotez-les par ordre d'importance.
- 2) **LES ÉCHELLES VISUELLES ANALOGUES (EVA)**
Cotez sur ces échelles (EVA) l'intensité de votre douleur pour chaque région symptomatique.
- 3) **COMMENTAIRE**
Écrivez dans cette section tout renseignement utile sur vos symptômes : type de douleur (étirement, brûlure, coup de poignard, etc.) engourdissements présents?

1) **SCHÉMAS**



2) **ÉCHELLE VISUELLE ANALOGUE (EVA)**

0 = PAS DE DOULEUR
10 = DOULEUR INTOLÉRABLE

DOULEUR (# 1):	○	-----	○	10
DOULEUR (# 2):	○	-----	○	10
DOULEUR (# 3):	○	-----	○	10

- 3) **COMMENTAIRE #1 :** _____
COMMENTAIRE #2 : _____
COMMENTAIRE #3 : _____

NOM EN LETTRES MOULÉES.....

→ → **Initiales du client :** **date :**