DOSSIER D'ACUPUNCTURE

no. du dossier :_____

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M ☐ F ☐ Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____

Adresse : No : _____ Rue : _____ App. :_____Ville :_____

Code postal : _____ _____ Tél. : Dom. :_____Trav. :_____(Poste)_____

Parent(Tuteur) : _____ No. Ass. maladie : _____ - _____-_____

CSST: ☐ no. de dossier_____ SAAQ : ☐ no. de dossier_____

RAISON DE LA VISITE : _____

_____ **DATE :**_____
Jour mois année

HISTOIRE MÉDICALE

1. **Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ?** OUI ☐ NON ☐

Si oui :

Nom :_____ Prénom :_____Spécialité :_____

Tél. : _____(Poste)_____

Son diagnostic :_____

Traitement prescrit :_____

Réactions au traitement :_____

2. **Avez-vous consulté d'autres professionnels de la santé ?** OUI ☐ NON ☐

Si oui **:**

Nom : _____ Prénom :_____ Spécialité_____

Tél. :_____(Poste) :_____

Type de traitements reçus :_____

Réactions au traitement :_____

Nom : _____ Prénom :_____ Spécialité_____

Tél. : _____(Poste) :_____

Type de traitements reçus :_____

Réactions au traitement :_____

Ce formulaire est approuvé par l'Ordre des acupuncteurs du Québec

3. Avez-vous souffert ou souffrez-vous de ?

	Oui	Non
* Troubles cardiaques (infarctus, angine problèmes valvulaires, souffle)	☐	☐
* Portez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker)	☐	
* Tension artérielle (pression) : haute☐ basse☐ ..	☐	☐
* Saignements prolongés	☐	☐
* Anémie	☐	☐
* Problèmes pulmonaires ou tuberculose	☐	☐
* Asthme	☐	☐
* Rhume des foins	☐	☐
* Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants : Aliments	☐	☐
Médicaments	☐	☐
* Troubles digestifs	☐	☐
* Ulcère de l'estomac	☐	☐
* Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, cholestérol)	☐	☐
* Troubles du rein	☐	☐
* Diabète	☐	☐

	Oui	Non
* Troubles thyroïdiens	☐	☐
* Épilepsie	☐	☐
* Troubles nerveux	☐	☐
* Maux de tête fréquents	☐	☐
* Étourdissements, évanouissements	☐	☐
* Maux d'oreilles	☐	☐
* Problèmes oculaires (yeux)	☐	☐
* Maladie de peau	☐	☐
* Arthrite	☐	☐
* Maladies vénériennes (MTS)	☐	☐
* Êtes-vous atteint(e) du syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA)	☐	☐
* Êtes-vous séro-positif au test du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	☐	☐
* Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur)	☐	☐
* Êtes-vous enceinte	☐	☐
* Avez-vous des prothèses : articulaires ?	☐	☐
: mammaires ?…	☐	☐

* Êtes-vous dépendant :
alcool ☐ drogue ☐ tabac ☐ caféine ☐

*
Avez-vous déjà été hospitalisé et / ou subi des interventions chirurgicales ? Si oui, lesquelles ? et quand ?

_____19_____

_____19_____

_____20_____

_____20_____

4. Prenez-vous :

des anticoagulants ? ☐ OUI ☐ NON
des corticoïdes ? ☐ OUI ☐ NON

5. Prenez-vous des médicaments ou des produits sans ordonnance ? : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels ?_____

_____

_____

_____

Ce formulaire est approuvé par l'Ordre des acupuncteurs du Québec