

# Clinique de santé Guindon

## INFORMATION PERSONNELLE

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_  
Code postal: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_  
Cellulaire: \_\_\_\_\_ Tél. travail: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe : M F Courriel: \_\_\_\_\_  
Occupation: \_\_\_\_\_  
Comment avez-vous entendu parler de nous? \_\_\_\_\_  
Êtes-vous référé d'un autre professionnel, si oui qui? \_\_\_\_\_  
Raison de la référence : \_\_\_\_\_

Merci de donner votre consentement pour recevoir notre infolettre mensuelle par courriel. Grâce à elle, vous connaîtrez nos spéciaux, l'horaire de nos formations, les vacances de nos professionnels, les changements de personnels et d'horaires ou toutes autres informations importantes pour notre clinique. De plus, chaque mois nous offrons des informations gratuites pour vous aider à vous garder en santé. Un seul courriel est envoyé par mois (sauf de rares exceptions) et vous pouvez vous désinscrire en tout temps. Finalement, votre courriel est uniquement utilisé que par la clinique; aucune autre entreprise n'y a accès. *SVP apposez vos initiales pour recevoir l'infolettre de la clinique:* \_\_\_\_\_

## HISTORIQUE MÉDICAL

Donnez des informations (date, circonstance) sur:

Accident de la route: \_\_\_\_\_  
Chute ou traumatisme important: \_\_\_\_\_  
Commotion/dépression/burn out: \_\_\_\_\_  
Chirurgie (année): \_\_\_\_\_  
Blessure traumatique dos/cou \_\_\_\_\_  
Fracture/déchirure/entorse: \_\_\_\_\_  
Cancer (site et année): \_\_\_\_\_  
Médecin de famille: \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Encercler si cela vous concerne et expliquez au besoin. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

- Maux de tête ou migraines? \_\_\_\_\_
- Nausées, vomissements, bruits dans les oreilles, pertes d'équilibre, perte d'audition? \_\_\_\_\_
- Sinusite, bronchite, pneumonie, asthme, allergies? \_\_\_\_\_
- Problèmes cardiaques de tout genre, problème relié à la pression artérielle? \_\_\_\_\_
- Diarrhée constipation, ballonnement, crampes, reflux? \_\_\_\_\_
- Difficulté à vous endormir?
- Vous vous réveillez la nuit? nombre: \_\_\_\_\_, raison: \_\_\_\_\_
- Être fatigué au réveil? Ou êtes-vous énergique? \_\_\_\_\_
- Maladies métaboliques telles que l'ostéoporose, arthrite, thyroïde, diabète, etc.? \_\_\_\_\_

## HISTOIRE ACTUELLE

Quels médicaments prenez-vous? : \_\_\_\_\_  
Quels sont le résultat de vos tests médicaux (rayons-X, IRM, etc.) : \_\_\_\_\_  
Quels sports ou activités pratiquez-vous et à quelle fréquence? \_\_\_\_\_  
Dominance : Droite Gauche  
Êtes-vous enceinte? Oui Non  
Quels sont vos buts en consultant un professionnel ici? \_\_\_\_\_

## CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

En signant, vous donnez votre accord à votre intervenant de vous évaluer et/ou de vous traiter selon sa discipline professionnelle.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Initiales du professionnel