



Questionnaire médical

Acupuncture HomeostaQi

Ce questionnaire est essentiel à l'élaboration d'un plan de traitement sécuritaire et adapté à votre condition. Toutes les informations recueillies sont confidentielles et protégées par le secret professionnel.

1. Identification du patient

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : ☐ F ☐ M Date de naissance : ____ / ____ / ____ (j / m / a)

Adresse : _____

Téléphone (domicile) : _____ Autre : _____

Courriel : _____

Occupation : _____

2. Raison de consultation

Motif principal de consultation : _____

Depuis quand ? _____

Avez-vous un diagnostic médical pour cette condition ? Si oui, lequel : _____

3. Suivi médical

Nom du médecin de famille : _____

Avez-vous consulté d'autres professionnels de la santé pour ce motif ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels et pour quels traitements : _____

Prenez-vous des médicaments actuellement (incluant anticoagulants, corticoïdes) ? _____

4. Avez-vous souffert ou souffrez-vous de l'un des éléments suivants ?

Cette information nous permet d'adapter le traitement et d'assurer votre sécurité. Veuillez cocher Oui ou Non pour chaque énoncé.

Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)	☐ Oui	☐ Non
Portez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker) ?	☐ Oui	☐ Non
Tension artérielle élevée ou basse	☐ Oui	☐ Non
Saignements prolongés ou troubles de la coagulation	☐ Oui	☐ Non
Anémie	☐ Oui	☐ Non
Problèmes pulmonaires ou tuberculose	☐ Oui	☐ Non
Asthme	☐ Oui	☐ Non
Rhume des foins / allergies saisonnières	☐ Oui	☐ Non
Réactions allergiques connues (aliments, médicaments)	☐ Oui	☐ Non
Troubles digestifs	☐ Oui	☐ Non
Ulcère d'estomac	☐ Oui	☐ Non
Problèmes du foie (hépatite, cirrhose, cholestérol)	☐ Oui	☐ Non

Troubles rénaux	☐ Oui	☐ Non
Diabète	☐ Oui	☐ Non
Troubles thyroïdiens	☐ Oui	☐ Non
Épilepsie	☐ Oui	☐ Non
Troubles nerveux	☐ Oui	☐ Non
Maux de tête fréquents / migraines	☐ Oui	☐ Non
Étourdissements ou évanouissements	☐ Oui	☐ Non
Problèmes oculaires	☐ Oui	☐ Non
Maladie de la peau	☐ Oui	☐ Non
Arthrite	☐ Oui	☐ Non
Infections transmissibles sexuellement (ITS)	☐ Oui	☐ Non
Avez-vous déjà subi une radiothérapie ou une chimiothérapie ?	☐ Oui	☐ Non
Êtes-vous enceinte ou pensez-vous l'être ?	☐ Oui	☐ Non
Avez-vous des prothèses (articulaires, mammaires, autres) ?	☐ Oui	☐ Non
Portez-vous un dispositif médical implanté (pompe à insuline, etc.) ?	☐ Oui	☐ Non

5. Antécédents et précisions

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ou subi une intervention chirurgicale ? Si oui, lesquelles et quand :

Dépendances : ☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Drogue ☐ Caféine ☐ Aucune

Autres informations pertinentes à votre état de santé : _____

Déclaration

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets, au meilleur de ma connaissance. Je m'engage à informer mon acupuncteur de tout changement à mon état de santé.

Signature : _____ Date : ____ / ____ / _____