



Informations générales

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : M F

Adresse : _____ Ville : _____

Occupation : _____ Code Postal : _____

Tél résidence : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____ Préférence pour confirmer votre rendez-vous?

1ere fois en acupuncture? _____ Courriel Cellulaire Résidence

Je désire recevoir l'infolettre (4x/année aux changements de saison) oui non

Référence

Comment avez-vous connu Acupuncture Marie-Pier Vallée?

- Recherche Google Un autre patient Publicité
 Professionnel de la santé Médecin Autre : _____
-

Politiques

Annulation : Votre rendez-vous sera confirmé la journée précédent celui-ci. À partir de ce moment, si vous avez un empêchement, un frais de 35\$ sera appliqué afin de respecter les autres patients en attente de rendez-vous. Merci de votre compréhension. **Initiales** : _____

Motifs de la consultation

Nom de votre médecin traitant : _____

Date de la dernière consultation _____ Raison/Résultats _____

Raison de consultation en acupuncture aujourd'hui : _____

Diagnostic médical pour le problème actuel? _____

Test ou examens reçus pour le problème actuel? _____

Avez-vous déjà été traité pour la condition actuelle par un autre professionnel de la santé? oui non

Si oui, Type de traitement : _____ Résultats : _____

Quels sont vos objectifs ou attentes en acupuncture ? _____



Acupuncture

Marie-Pier Vallée
Membre de l'ordre des Acupuncteurs du Québec

Antécédents médicaux

Êtes-vous enceinte? oui non

Nombre de semaine _____

Avez-vous déjà subi des chirurgies? oui non

_____ année _____

_____ année _____

_____ année _____

Avez-vous déjà subi des fractures? oui non

_____ année _____

_____ année _____

_____ année _____

Du côté familiale, il y a t'il des maladies connues?

Père : _____

Mère : _____

Frère/Sœur : _____

Prenez-vous de la médication? oui non

Nom du médicament: _____

Raison : _____

Posologie : _____

Fréquence : _____

Nom du médicament: _____

Raison : _____

Posologie : _____

Fréquence : _____

Prenez-vous des produits naturels? oui non

Nom du médicament: _____

Raison : _____

Posologie : _____

Fréquence : _____

** Si nécessaire, svp demander une feuille supplémentaire pour inscrire votre médication au secrétariat **

Habitudes de vie

Avez-vous une dépendance chimique? oui non

Alcool : _____ / semaine (+ bière, vin ou fort?) encercler

Tabac : _____ / combien cigarette par jour?

Drogue : _____

À combien sur une échelle de 0 à 10 situez-vous votre niveau de... (0 = aucune problématique et 10 = hôpital)

Stress/ Anxiété : _____ / 10

Fatigue : _____ / 10 Fatigue mental/ physique ou les 2 ?

Sport/ Loisir/ Passe temps? _____

Alimentation

Quelles sont vos habitudes alimentaires?

Hydratation : Combien en moyenne de litre d'eau par jour buvez-vous? _____ / jour

Consommez-vous régulièrement les produits suivants ?

Produits laitiers? oui non

Aliments gras? oui non

Sucre? oui non

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous des troubles suivants?

troubles cardiaques

trouble ORL

Prenez-vous de la cortisone? oui non

troubles circulatoire

troubles urinaires

Prenez-vous des anticoagulants? oui non

Troubles endocriniens

Allergies

Êtes-vous porteur ou avez vous été en contact avec des gens qui ont la tuberculose? oui non

troubles de l'humeur

Maladie peau

Portez-vous un ISMIA ? (appareil électrique) oui non

troubles pulmonaire

VIH (sida)

Signature : _____

Date : _____



Acupuncture

Marie-Pier Vallée

Membre de l'ordre des Acupuncteurs du Québec

FEUILLE SUPPLÉMENTAIRE

Médications

Nom du médicament: _____
Raison : _____
Posologie : _____
Fréquence : _____

Nom du médicament: _____
Raison : _____
Posologie : _____
Fréquence : _____

Nom du médicament: _____
Raison : _____
Posologie : _____
Fréquence : _____

Nom du médicament: _____
Raison : _____
Posologie : _____
Fréquence : _____

Nom du médicament: _____
Raison : _____
Posologie : _____
Fréquence : _____

Nom du médicament: _____
Raison : _____
Posologie : _____
Fréquence : _____

Produits naturels

Nom du médicament: _____
Raison : _____
Posologie : _____
Fréquence : _____

Nom du médicament: _____
Raison : _____
Posologie : _____
Fréquence : _____

Nom du médicament: _____
Raison : _____
Posologie : _____
Fréquence : _____

Nom du médicament: _____
Raison : _____
Posologie : _____
Fréquence : _____

Nom du médicament: _____
Raison : _____
Posologie : _____
Fréquence : _____

Nom du médicament: _____
Raison : _____
Posologie : _____
Fréquence : _____

Chirurgies/ Fractures

Chirurgies :

_____ année _____
_____ année _____
_____ année _____
_____ année _____
_____ année _____
_____ année _____

Fractures :

_____ année _____
_____ année _____
_____ année _____
_____ année _____
_____ année _____
_____ année _____

Signature : _____

Date : _____