



---

**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'in

---

**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

Combien de repas par jour mangez-vous? \_\_\_\_\_

Considérez-vous que vous avez une

alimentation saine?  oui  non  médium

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

Avez vous des **troubles digestifs**?  oui  non

## Sommeil

Difficulté endormissement?  oui  non

Réveils fréquents?  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 :** \_\_\_\_\_