

HAWKESBURY THERAPY

Date: ____/____/20____

Nom: _____

Symptômes actuels/ principale condition (inquiétude) ? _____

Quand avez-vous remarqué les symptômes pour la première fois? _____

Qu'est-ce qui les ont causés? _____

Quelles activités aggravent la condition? _____

Est-ce que cela nuit dans votre travail? ____ Oui ____ Non ____ Constamment ____ Va et vient

Qu'avez-vous fait pour soulager la condition? _____

Y a-t-il eu diagnostique médical? ____ Oui ____ Non / Diagnostique : ____

Historique:

Avez-vous déjà eu ces symptômes par le passé? ____ Oui ____ Non – Si oui, quand? _____

Qu'en était la cause? _____

Que-ce qui l'a soulagé? _____

Étiez-vous fonctionnel? ____ Oui ____ Non Pouviez-vous travailler? ____ Oui ____ Non Étiez-vous hospitalisé? ____ Oui ____ Non

Qu'était le diagnostique précédent? _____ Quel était le traitement? _____

Vous aidait-il? ____ Oui ____ Non

Prenez-vous des médicaments? ____ Oui ____ Non Si oui, faites-en la liste: _____

Allergies:

Alimentaire :O N Iode:.....O N

Pénicilline:.....O N Codéine:.....O N

Antibiotiques :.....O N Latex:.....O N

Aspirine:.....O N Autre:.....O N

Examens & traitements pour la présente condition:

Radiologie (Rayons X).....O N

SCANO N

MRIO N

EMG.....O N

Scintigraphie.....O N

Acupuncture.....O N

Chiropraxie.....O N

Ostéopathie.....O N

Massage.....O N

Ortho thérapie.....O N

Autre: _____

Avez-vous déjà subi une/des chirurgies?O N

Si oui, décrire: _____

Avez-vous déjà subi des fractures?.....O N

Si oui, décrire: _____

Avez-vous déjà été dans un accident?.....O N

Si oui, décrire: _____

Avez-vous déjà subi une entorse cervicale ?.....O N

Êtes-vous enceinte?.....O N

Portez-vous un stérilet?.....O N

Fumez-vous?.....O N

Activités/Loisirs: _____

Métier/Travail: _____

(Encercler tout ce qui s'applique) Avez-vous des problèmes avec:

Maux de tête

Problèmes de foie

Basse pression

VIH/Sida

Migraines

Troubles rénaux

Fatigue / Depression

Acouphènes

Indigestion

Tuberculose/poumons

Arthrite

Sensibilité à la lumière

Rhume des foins

Diabète

Anémie

Nervosité

Asthme

Glande thyroïde

Problèmes urinaires

Problèmes des yeux

Rhumes fréquents

Stimulateur cardiaque

Prothèses (genou, hanche)

Maladies de peau

Constipation /Diarrhée

Valves cardiaques

Appareil auditif

Cancer

Nausée/ vomissements

Palpitations/Souffle au cœur

Étourdissements

Perte de mémoire

Douleur abdominale

Crise cardiaque

Évanouissements

Essoufflement

Flatulence /Ballonnements

Angine

Ulcères gastriques

Saignements prolongés

Celles rouges ou noires

Douleur articulaire

Epilepsie

Autre (expliquer)

Hémorroïdes

Enflure articulaire

Perte d'équilibre

Cillements

Haute pression

MTS

HAWKESBURYTHERAPY

Déclaration de reconnaissance

Je soussigné déclare avoir lu, compris, m'être informé et avoir répondu au questionnaire au meilleur de ma connaissance. Par la présente je promets de vous aviser de tout changement dans mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier. Je comprends que mon dossier sera gardé à la Clinique en tout temps et que le (les) physiothérapeute(s) et son (leur) personnel de soutien y auront accès. Je connais aussi mon droit de consulter mon dossier et de demander des rectifications si le besoin est.

Signature du patient: _____

Politique d'Annulation

Afin de respecter les besoins de nos patients, veuillez faire preuve de courtoisie en appelant rapidement la réception si vous voyez dans l'impossibilité de vous présenter à un rendez-vous. Ce temps sera alloué à une autre personne dans l'urgent besoin de traitement. C'est de cette façon que nous pouvons le mieux servir les besoins de nos patients. S'il y a nécessité d'annuler un rendez-vous, nous exigeons que vous appeliez un jour ouvrable à l'avance. Les rendez-vous sont en forte demande, et votre prompt annulation permettra à une autre personne l'accès rapide à des soins. Des frais de 20\$ vous seront chargés advenant que vous ne vous présentiez pas à votre rendez-vous, ou si vous annulez moins de 24 heures à l'avance.