

## QUESTIONNAIRE SANTÉ

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. rés. : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_ Référé par : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Assurance :  Oui  Non Nom de la compagnie d'assurances \_\_\_\_\_

### AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU UN DIAGNOSTIC DE :

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anxiété         | <input type="checkbox"/> Diabète        | <input type="checkbox"/> Hépatite B    | <input type="checkbox"/> Migraine             |
| <input type="checkbox"/> Arthrose        | <input type="checkbox"/> Épilepsie      | <input type="checkbox"/> Hypertension  | <input type="checkbox"/> Ostéoporose          |
| <input type="checkbox"/> Arthrite        | <input type="checkbox"/> Épuisement     | <input type="checkbox"/> Hyperthyroïde | <input type="checkbox"/> Phlébite             |
| <input type="checkbox"/> Artériosclérose | <input type="checkbox"/> Fatigue        | <input type="checkbox"/> Hypoglycémie  | <input type="checkbox"/> Rhumatisme           |
| <input type="checkbox"/> Asthme          | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie   | <input type="checkbox"/> Hypotension   | <input type="checkbox"/> Sida                 |
| <input type="checkbox"/> Bursite         | <input type="checkbox"/> Hémophilie     | <input type="checkbox"/> Insomnie      | <input type="checkbox"/> Stress               |
| <input type="checkbox"/> Cancer          | <input type="checkbox"/> Hernie discale | <input type="checkbox"/> Ménopause     | <input type="checkbox"/> Trouble circulatoire |
| <input type="checkbox"/> Dépression      |   |  |   |

Autres problèmes (diagnostic ou non) : \_\_\_\_\_

Allergies :  Iode  Algues  Amande  Poissons Autres : \_\_\_\_\_

Troubles cardiaques :  Pace Maker  Angine  Pontage  Autres : \_\_\_\_\_

Varices importantes :  Oui  Non

Problèmes de peau :  Eczéma  Psoriasis  Dermate  Autres : \_\_\_\_\_

Handicap :  Malentendant  Muet  Malvoyant  Autres : \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu OUI à une des questions précédentes, êtes-vous suivi par un médecin ou autre professionnel de la santé ?**

Précisez : \_\_\_\_\_

### Infections ou inflammations actuelles :

Précisez : \_\_\_\_\_

### Accident ou opérations depuis 12 mois :

Précisez : \_\_\_\_\_

### Endroits de votre corps où vous sentez de la tension :

Précisez : \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments :  Oui  Non Lesquels : \_\_\_\_\_

Êtes-vous enceinte présentement ?  Oui  Non Combien de mois : \_\_\_\_\_ Allaitiez-vous ?  Oui  Non

***Vincent Quirion m'a avisé que ses services sont axés sur le respect et répondent aux exigences du Code de Déontologie de l'Association RITMA. Je reconnais m'être présente(e), afin de recevoir des soins en médecine complémentaire et reconnais les limites de mon thérapeute. Je suis responsable du vocabulaire médical ou non médical que j'utilise. Je confirme que mes réponses sont véridiques.***

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_