

# Questionnaire Santé



## FICHE D'IDENTIFICATION

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ sexe : F / M

Nom des parents (ou tuteur) si mineur : \_\_\_\_\_

Tél. Maison ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tél. Cellulaire ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tél. Travail ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

Province : \_\_\_\_\_ Code : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Date de naissance : JJ / MM / AA

Contact en cas d'urgence Nom : \_\_\_\_\_ Tél. ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Raisons de la consultation selon votre ordre d'importance :

Problème(s)	Depuis	Cause(s) si connue	Traitement	Résultat

Autres approches en cours / médecin traitant : \_\_\_\_\_

### Consentement

*Dans le cas d'un enfant âgé de 14 ans et moins, en tant que parent ou gardien, j'accepte que mon enfant soit traité par un thérapeute agréé et dans les autres cas incluant celui de l'enfant âgé de 14 à 18 ans (si applicable). En respect du Code Civil du Québec annoté Article 18 (soins) - Articles 32 et 33 (respect des droits de l'enfant) : Signature du parent/gardien (en lettres moulées) \_\_\_\_\_*

Je comprends et reconnais que les conseils, les programmes et/ou les plans qui me sont offert, le sont uniquement dans le but d'améliorer globalement ma santé. Les recommandations sont des outils et ne constituent pas un diagnostic de nature médicale. Ces recommandations n'étant pas un diagnostic je comprends et reconnais aussi qu'elles ne me sont pas faites dans le but de guérir quoi que ce soit, qu'elles n'ont pas pour objectifs le changement et/ou l'abandon de tout traitement médical prescrit par mon médecin traitant, le cas échéant.

Les suppléments ne sont pas remboursables.

Je suis entièrement responsable des informations fournies aux thérapeutes concernant ma santé. Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessous sont complètes et exacte, au meilleur de ma connaissance.

*Dossier multidisciplinaire : J'accepte que mon dossier soit suivi par plusieurs thérapeutes. Oui  Non*

Signature : \_\_\_\_\_ Date d'ouverture de dossier : JJ / MM / AA

Signature du parent ou gardien \_\_\_\_\_ Date d'ouverture de dossier : JJ / MM / AA

# Questionnaire Santé



## HISTORIQUE MÉDICAL

Origines	Dates	Traitement / Interventions	Résultats / Séquelles
<b>Accidents</b>			
.			
.			
.			
<b>Blessures / Fractures</b>			
.			
.			
.			
<b>Hospitalisations / Opérations (incluant dentaire)</b>			
.			
.			
.			
<b>Cicatrices / Tatouage / Piercing (Où)</b>			
.			
.			
.			

**Allergies** :  oui  non oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

Avez-vous des **prothèses / orthèses** artificielles (incluant dentaire) ?  oui  non Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Avez-vous un **stimulateur cardiaque** et/ou une **pompe à insuline** ?  oui  non Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Êtes-vous suivi pour la **tuberculose** ?  / Êtes-vous porteur de la tuberculose ?  oui  non

Prenez-vous des **médicaments actuellement** ?  oui  non

Nom / posologie / fréquence	Depuis	Pourquoi	Effets secondaires
Cortisone			
Anticoagulants			
Antibiotiques			
Autre :			

**Vaccins de l'enfance** :  oui  non \_\_\_\_\_

**Vaccins** :  oui  non Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

**Dans le passé** avez-vous pris de la cortisone / stéroïdes :  oui  non Si oui, lesquels / pourquoi \_\_\_\_\_

**Dans le passé**, à combien de reprises avez-vous été traité aux antibiotiques : lesquels / pourquoi / # reprises : \_\_\_\_\_

# Questionnaire Santé



## PROFIL PERSONNEL

Prenez-vous des **suppléments actuellement** ( vitamines, minéraux, produits naturels) ?  oui  non

Suppléments / posologie / fréquences	Depuis	Pourquoi	Effets secondaires

**Eau / jour** : \_\_\_\_\_ **Autres boissons** (jus, soda ) / jour \_\_\_\_\_ **Type d'alimentation** (ex : Végé) \_\_\_\_\_

Avez-vous du **dégoût pour certains aliments**?  oui  non Si oui, lesquels?  
\_\_\_\_\_

Avez-vous des **rages occasionnelles pour certains aliments**?  oui  non Si oui, lesquels :  
\_\_\_\_\_

Avez-vous des **restrictions alimentaires**?  oui  non Si oui, lesquelles?  
\_\_\_\_\_

Quelle **consommation** faites-vous des produits suivants ( par jour ou par semaine) ?

Tabac	Alcool	Café	Thé	Drogues récréatives	Canabis

Exercices / Sports / Activités / Loisirs	Fréquences par semaine	Durée

Droitier  Gaucher

Votre <b>niveau de stress</b> sur une échelle 0-10 Aucun stress 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 Stress élevé	Votre <b>niveau d'énergie</b> sur une échelle 0-10 Aucun stress 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 Stress élevé
--	--

### Habitudes de sommeil :

- Vous sentez-vous reposé au lever ?  oui  non
- Quelle est votre heure de coucher / lever? \_\_\_\_\_
- Réveils fréquents?  oui  non, Si oui, quelles heures? \_\_\_\_\_
- Douleurs associées?  oui  non Si oui, où \_\_\_\_\_

Êtes-vous régulièrement **exposé à la fumée**?  oui  non Si oui, depuis combien d'années? \_\_\_\_\_

À votre connaissance, avez-vous été **exposé à des produits toxiques** au travail ou au foyer?  oui  non  
 plomb,  Cadmium,  Arsenic,  Mercure,  Aluminium,  Moisissures,  Produits ménagers,  Autres

Avez-vous **vécu ou voyagé à l'extérieur du Canada**?  oui  non Si oui, ou et avez-vous été malade?  
\_\_\_\_\_

# Questionnaire Santé



## PROFIL FAMILIAL ET SOCIAL (page facultative)

Occupation : \_\_\_\_\_ Recommandé par : \_\_\_\_\_

Situation civile :  célibataire  marié  conjoint de fait  divorcé

Avec qui habitez-vous? :  seul(e)  colocataire  parents  conjoint  enfants, combien : \_\_\_\_\_

Avez-vous des animaux domestiques ou de ferme?  oui  non

Si oui, où vivent-ils ?  intérieur  extérieur  les deux

Avez-vous ( ou votre famille) vécue une expérience majeure de changement dans votre vie?

( exemple : mariage, séparation, déménagement, décès, trauma, choc, etc.)  oui  non,

si oui, expliquez, svp : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comment percevez-vous votre situation financière? \_\_\_\_\_

Êtes-vous affecté(e) par les changements de saison? \_\_\_\_\_

Votre période d'enfance	Réponses	Commentaires
Êtes-vous un bébé né à terme?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Allaité?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Nourri à la bouteille?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Événements, interventions et assistances particulières liés à votre début de vie. (faits marquants)

Conception	
Gestation (période prénatale)	
Naissance	

Merci de **votre collaboration**, ces informations sont **confidentielles**. Elles nous permettront de bien cerner votre problématique afin de **répondre au mieux à votre demande**.

Cordialement,

L'équipe de la clinique santé du quartier.

# Questionnaire Santé



## LES DÉSÉQUILIBRES (symptômes et pathologies)

Veuillez cocher les cases qui vous concernent.

Légende : **O** = occasionnel, **F** = fréquent, **C** = constant **P** = passé, **A** = antécédent familial

### OPTIONEL

Cardio-vasculaire	O	F	C	P	A
<input type="checkbox"/> angine					
<input type="checkbox"/> artériosclérose					
<input type="checkbox"/> arythmie					
<input type="checkbox"/> AVC					
<input type="checkbox"/> basse / haute pression					
<input type="checkbox"/> bradycardie					
<input type="checkbox"/> cholestérol élevé					
<input type="checkbox"/> extrémités froides					
<input type="checkbox"/> infarctus					
<input type="checkbox"/> palpitations					
<input type="checkbox"/> phlébite					
<input type="checkbox"/> picotements					
<input type="checkbox"/> point au coeur					
<input type="checkbox"/> rétention d'Eau					
<input type="checkbox"/> serrement de poitrine					
<input type="checkbox"/> tachycardie					
<input type="checkbox"/> thrombose artérielle					
<input type="checkbox"/> triglycérides élevés					
<input type="checkbox"/> varices					
<input type="checkbox"/> autre : _____					

### OPTIONEL

Respiratoire	O	F	C	P	A
<input type="checkbox"/> apnée du sommeil					
<input type="checkbox"/> asthme					
<input type="checkbox"/> bronchite					
<input type="checkbox"/> essoufflements					
<input type="checkbox"/> mucus					
<input type="checkbox"/> pneumonie					
<input type="checkbox"/> râlements / enrrouement					
<input type="checkbox"/> respiration difficile					
<input type="checkbox"/> rhume					
<input type="checkbox"/> toux					
<input type="checkbox"/> autre : _____					

### OPTIONEL

Neuro-musculo-squelettique	O	F	C	P	A
<input type="checkbox"/> arthrite					
<input type="checkbox"/> arthrose					
<input type="checkbox"/> bursite					
<input type="checkbox"/> calcification					
<input type="checkbox"/> courbatures					
<input type="checkbox"/> crampes					
<input type="checkbox"/> déchirures					
<input type="checkbox"/> douleur à la marche					
<input type="checkbox"/> douleur aux articulations					
<input type="checkbox"/> douleurs - (encerclez, svp) jambes    bassin    dos <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> douleurs - (encerclez, svp) épaules    bras    mains    cou <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> douleurs - (encerclez, svp) tête    visage <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> douleurs sciatiques					
<input type="checkbox"/> élancements					
<input type="checkbox"/> engourdissements					
<input type="checkbox"/> entorse					
<input type="checkbox"/> facilite plantaire					
<input type="checkbox"/> faiblesses musculaires					
<input type="checkbox"/> hallux valgus					
<input type="checkbox"/> hernies					
<input type="checkbox"/> hyperlaxité					
<input type="checkbox"/> luxation					
<input type="checkbox"/> mal de tête					
<input type="checkbox"/> névralgie d'Arnold					
<input type="checkbox"/> ostéoporose					
<input type="checkbox"/> perte d'équilibre					
<input type="checkbox"/> raideurs					
<input type="checkbox"/> scoliose					
<input type="checkbox"/> syndrome canal carpien					
<input type="checkbox"/> tendinites					
<input type="checkbox"/> tensions					
<input type="checkbox"/> troubles du peid					
<input type="checkbox"/> autre : _____					

# Questionnaire Santé

Légende : **O** = occasionnel, **F** = fréquent, **C** = constant

**P** = passé, **A** = antécédent familial



## OPTIONNEL

Hormono-métabolique	O	F	C	P	A
<input type="checkbox"/> anémie					
<input type="checkbox"/> anxiété					
<input type="checkbox"/> baisse / perte d'appétit sexuel					
<input type="checkbox"/> besoin de grignoter					
<input type="checkbox"/> dépression					
<input type="checkbox"/> diabète					
<input type="checkbox"/> faim causant étourdissements					
<input type="checkbox"/> faim excessive					
<input type="checkbox"/> fatigue après avoir mangé					
<input type="checkbox"/> hyper/hypothyroïdie					
<input type="checkbox"/> hypoglycémie					
<input type="checkbox"/> intolérance au stress					
<input type="checkbox"/> manque de sommeil					
<input type="checkbox"/> ostéoporose					
<input type="checkbox"/> perte de cheveux					
<input type="checkbox"/> peu d'appétit					
<input type="checkbox"/> rage de sucre					
<input type="checkbox"/> stockage gras autour des cuisses, fessiers, bras					
<input type="checkbox"/> surcharge pondérale					
<input type="checkbox"/> transpiration excessive					
<input type="checkbox"/> autre : _____					

## OPTIONNEL

Nerveux	O	F	C	P	A
<input type="checkbox"/> Alzheimer					
<input type="checkbox"/> bâillements excessifs					
<input type="checkbox"/> difficultés de concentration					
<input type="checkbox"/> épilepsie, convulsions					
<input type="checkbox"/> étourdissements					
<input type="checkbox"/> fatigue chronique					
<input type="checkbox"/> hypersensibilité aux bruits					
<input type="checkbox"/> impatiences jambes					
<input type="checkbox"/> insomnie					
<input type="checkbox"/> maladie de Parkinson					
<input type="checkbox"/> migraine					
<input type="checkbox"/> tremblements					
<input type="checkbox"/> vertiges					
<input type="checkbox"/> TDA / TDAH					
<input type="checkbox"/> autre : _____					

## OPTIONNEL

Yeux, oreilles, nez, bouche, gorge	O	F	C	P	A
<input type="checkbox"/> acouphènes					
<input type="checkbox"/> amygdalite					
<input type="checkbox"/> appareils dentaires					
<input type="checkbox"/> boule dans la gorge					
<input type="checkbox"/> bruxisme (serrer les dents)					
<input type="checkbox"/> congestion nasale					
<input type="checkbox"/> éblouissements					
<input type="checkbox"/> gencives qui saignent					
<input type="checkbox"/> lunettes, verres de contact					
<input type="checkbox"/> mal de gorge					
<input type="checkbox"/> mal d'oreilles					
<input type="checkbox"/> maladie bucco-dentaire					
<input type="checkbox"/> malocclusion					
<input type="checkbox"/> otite					
<input type="checkbox"/> rhinite					
<input type="checkbox"/> saignement nasal					
<input type="checkbox"/> sécheresse nez, yeux, bouche					
<input type="checkbox"/> sinusite					
<input type="checkbox"/> troubles de la vue _____					
<input type="checkbox"/> yeux larmoyants					
<input type="checkbox"/> troubles de l'ouïe					
<input type="checkbox"/> autre : _____					

## OPTIONNEL

Rénal	O	F	C	P	A
<input type="checkbox"/> jambes lourdes					
<input type="checkbox"/> sang dans les urines					
<input type="checkbox"/> sensation de brûlure à la miction					
<input type="checkbox"/> miction fréquente et abondante					
<input type="checkbox"/> pierre aux reins ou vessie					
<input type="checkbox"/> cystite					
<input type="checkbox"/> descente de vessie					
<input type="checkbox"/> infection urinaire					
<input type="checkbox"/> pyélonéphrite					
<input type="checkbox"/> autre : _____					
<input type="checkbox"/> manque de mémoire					
<input type="checkbox"/> nervosité					
<input type="checkbox"/> autre : _____					

# Questionnaire Santé

Légende : **O** = occasionnel, **F** = fréquent, **C** = constant

**P** = passé, **A** = antécédent familial



## OPTIONNEL

Immunitaire	O	F	C	P	A
<input type="checkbox"/> allergies : _____					
<input type="checkbox"/> arthrite rhumatoïde					
<input type="checkbox"/> cancer					
<input type="checkbox"/> fatigue chronique					
<input type="checkbox"/> fibromyalgie					
<input type="checkbox"/> ganglions gonflés ou absents					
<input type="checkbox"/> herpès (type 1 et/ ou 2 )					
<input type="checkbox"/> la goutte					
<input type="checkbox"/> lupus					
<input type="checkbox"/> maladie cœliaque					
<input type="checkbox"/> mononucléose					
<input type="checkbox"/> sclérose en plaques					
<input type="checkbox"/> rhumatismes inflammatoires					
<input type="checkbox"/> tumeurs					
<input type="checkbox"/> V.I.H.					
<input type="checkbox"/> autre : _____					

## OPTIONNEL

Peau	O	F	C	P	A
<input type="checkbox"/> acné					
<input type="checkbox"/> callosité, cors, durillons					
<input type="checkbox"/> cellulite					
<input type="checkbox"/> cicatrices douloureuses					
<input type="checkbox"/> démangeaisons					
<input type="checkbox"/> dépigmentation (vitiligo)					
<input type="checkbox"/> ecchymoses					
<input type="checkbox"/> eczéma					
<input type="checkbox"/> excès de sébum, pellicules					
<input type="checkbox"/> feu sauvage (herpès buccal)					
<input type="checkbox"/> infections fongiques					
<input type="checkbox"/> type de peau - encerclez <input type="radio"/> grasse sèche sensible					
<input type="checkbox"/> pied d'athlète					
<input type="checkbox"/> psoriasis					
<input type="checkbox"/> rosacée / rougeurs					
<input type="checkbox"/> plaies cutanées					
<input type="checkbox"/> urticaire					
<input type="checkbox"/> verrues					
<input type="checkbox"/> zona					
<input type="checkbox"/> autre : _____					

## OPTIONNEL

Équilibre-psycho-comportementale	O	F	C	P	A
<input type="checkbox"/> angoisse					
<input type="checkbox"/> anxiété					
<input type="checkbox"/> bipolarité					
<input type="checkbox"/> colère					
<input type="checkbox"/> dépendance					
<input type="checkbox"/> dépression					
<input type="checkbox"/> inquiétudes					
<input type="checkbox"/> insomnie					
<input type="checkbox"/> irritabilité excessive					
<input type="checkbox"/> joie excessive					
<input type="checkbox"/> manque de mémoire					
<input type="checkbox"/> nervosité					
<input type="checkbox"/> peur					
<input type="checkbox"/> phobie					
<input type="checkbox"/> psychose					
<input type="checkbox"/> schizophrénie					
<input type="checkbox"/> stress					
<input type="checkbox"/> T.O.C. ( trouble obsessionnel compulsif )					
<input type="checkbox"/> tics nerveux					
<input type="checkbox"/> tristesse					
<input type="checkbox"/> trouble alimentaire _____					
<input type="checkbox"/> trouble personnalité limite					
<input type="checkbox"/> autre : _____					

# Questionnaire Santé

Légende : **O** = occasionnel, **F** = fréquent, **C** = constant

**P** = passé, **A** = antécédent familial



## OPTIONNEL

Gastro-intestinal	O	F	C	P	A
<input type="checkbox"/> acidité					
<input type="checkbox"/> brûlure estomac après repas					
<input type="checkbox"/> lourdeur à l'estomac					
<input type="checkbox"/> mauvaise haleine					
<input type="checkbox"/> rots					
<input type="checkbox"/> ulcère à l'estomac					
<input type="checkbox"/> calculs vésicule biliaire					
<input type="checkbox"/> cirrhose					
<input type="checkbox"/> hépatite					
<input type="checkbox"/> jaunisse					
<input type="checkbox"/> nausée					
<input type="checkbox"/> gastro-entérite					
<input type="checkbox"/> allergies alimentaires _____					
<input type="checkbox"/> sensibilité alimentaires _____					
<input type="checkbox"/> crampes intestinales					
<input type="checkbox"/> difficulté à digérer- encerclez acide gras viande sucre crudités					
<input type="checkbox"/> douleur abdomen où _____ n° heures après le repas _____					
<input type="checkbox"/> gaz intestinaux, ballonnements					
<input type="checkbox"/> maladie de Chron					
<input type="checkbox"/> alternance constipation diarrhée					
<input type="checkbox"/> colite ulcéreuse					
<input type="checkbox"/> côlon irritable					
<input type="checkbox"/> constipation					
<input type="checkbox"/> démangeaison à l'anus					
<input type="checkbox"/> diarrhée					
<input type="checkbox"/> hémorroïdes					
<input type="checkbox"/> sang dans les selles					
<input type="checkbox"/> types de selles – encerclez <input type="radio"/> Douleuruses et difficiles Dures en formes de billes Flottantes Glaireuses Nauséabondes Noires ou très foncées Pâles Tantôt molles , tantôt liquides					
<input type="checkbox"/> sensation d'évacuation incomplète des selles					
<input type="checkbox"/> autre : _____					

## OPTIONNEL

Gynécologie femmes	O	F	C	P	A
<input type="checkbox"/> aménorrhées (absence de règles)					
<input type="checkbox"/> bouffées de chaleur					
<input type="checkbox"/> crampes menstruelles (dysménorrhée)					
<input type="checkbox"/> conceptions n° _____					
<input type="checkbox"/> enfants n° _____					
<input type="checkbox"/> fausses couches n° _____					
<input type="checkbox"/> fibrome(s)					
<input type="checkbox"/> grossesses n° _____					
<input type="checkbox"/> infections vaginales					
<input type="checkbox"/> infertilité					
<input type="checkbox"/> interruption volontaire de grosse (avortement) n° _____					
<input type="checkbox"/> I.T.S. _____					
<input type="checkbox"/> kyste(s) ovariens					
<input type="checkbox"/> ménopause					
<input type="checkbox"/> types de menstruations – encerclez <input type="radio"/> abondantes / prolongées douleuruses irrégulières					
<input type="checkbox"/> pertes vaginales anormales					
<input type="checkbox"/> S.P.M. physique (seins douloureux, enflures)					
<input type="checkbox"/> S.P.M. psychique (irritabilité, anxiété)					
<input type="checkbox"/> autre : _____					

## OPTIONNEL

Gynécologie hommes	O	F	C	P	A
<input type="checkbox"/> doit uriner souvent la nuit					
<input type="checkbox"/> éjaculation précoce					
<input type="checkbox"/> érection douloureuse					
<input type="checkbox"/> hydrocèle					
<input type="checkbox"/> impuissance					
<input type="checkbox"/> infertilité _____					
<input type="checkbox"/> infections transmises sexuellement (I.T.S) _____					
<input type="checkbox"/> n° conceptions _____					
<input type="checkbox"/> n° enfants _____					
<input type="checkbox"/> prostatite					
<input type="checkbox"/> méthode de contraception _____					
<input type="checkbox"/> sang dans urine					
<input type="checkbox"/> vasectomie					
<input type="checkbox"/> autre : _____					