



Bromont - D101-82, boul. de Bromont - Bromont, QC - J2L 2K3 - 450-534-1661  
 CÉGEP de Granby - 235, rue St-Jacques, local B218, Granby, QC J2G 9H7 - 450-372-6614 p. 1661

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

*Veillez s'il vous plaît remplir ce questionnaire, l'imprimer et l'apporter lors de votre première visite à la clinique ou l'envoyer par courriel à l'adresse suivante : [reception@aplusphysio.ca](mailto:reception@aplusphysio.ca). Celui-ci servira à l'ouverture de votre dossier. Toutes les informations données demeureront confidentielles.*

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Allergies :

Êtes-vous présentement suivi par les praticiens suivants :

Médecin

Chiropraticien

Ostéopathe

Massothérapeute

*Indiquez toutes chirurgies ou autres conditions pour lesquelles vous avez été hospitalisé, la date approximative ainsi que le motif chirurgical ou d'hospitalisation.*

DATE

CHIRURGIE / HOSPITALISATION

MOTIF

**Afin de s'assurer que nous avons un bon portrait clinique de votre santé, s'il vous plaît, répondre au questionnaire suivant. Ceci nous permettra d'établir un meilleur plan de traitement.**

**Souffrez-vous de l'une des conditions suivantes :**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque           | <input type="checkbox"/> Cancer                             | <input type="checkbox"/> Phlébite                                      |
| <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire          | <input type="checkbox"/> Ostéoporose                        | <input type="checkbox"/> Goutte  |
| <input type="checkbox"/> Maladie neurologique        | <input type="checkbox"/> Arthrose                           | <input type="checkbox"/> Varices                                       |
| <input type="checkbox"/> Maladie intestinale         | <input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde                | <input type="checkbox"/> Diabète                                       |
| <input type="checkbox"/> Maladie rénale              | <input type="checkbox"/> Autres conditions d'arthrite       | <input type="checkbox"/> Présence de métal , Pacemaker                 |
| <input type="checkbox"/> Maladie osseuse             | <input type="checkbox"/> Problèmes de la glande thyroïde    | <input type="checkbox"/> Dépendance chimique (alcoolisme, toxicomanie) |
| <input type="checkbox"/> Accident cérébro-vasculaire | <input type="checkbox"/> VIH (sida)                         | <input type="checkbox"/> Haute tension artérielle                      |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie                   | <input type="checkbox"/> Problèmes d'estomac / circulatoire | <input type="checkbox"/> Emphysème / bronchite                         |
| <input type="checkbox"/> Hypoglycémie                | <input type="checkbox"/> Migraine                           | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques                           |
| <input type="checkbox"/> Hépatite                    | <input type="checkbox"/> Allergies                          | <input type="checkbox"/> Commotion cérébrale                           |
| <input type="checkbox"/> Dépression                  | <input type="checkbox"/> Autres _____                       | <input type="checkbox"/> Fuites urinaires                              |

**Est-ce que votre poids est stable depuis les 6 derniers mois ?**  Oui  Non

Indiquez toute blessure pour laquelle vous avez été traité(e), incluant fracture, entorse, etc.

DATE

BLESSURE

Quels médicaments SANS PRESCRIPTION parmi les suivants PRENEZ-VOUS ou AVEZ-VOUS PRIS la semaine dernière ?

Ibuprofène (Advil, Motrin)

Antihistaminique

Aspirine

Antiacide

Acétaminophène (Tyléno)

Vitamines, supplément, minéraux

Laxatif

Autres \_\_\_\_\_

Inscrivez tout médicament PRESCRIT que vous prenez présentement

### Activités sportives

Veillez indiquer le(s) sport(s) que vous pratiquez ainsi que la fréquence à laquelle vous le(s) pratiquez (par semaine).

Compétition :  Oui  Non

Objectifs de consultation en physiothérapie.

\_\_\_\_\_  
**Signature du thérapeute**

\_\_\_\_\_  
**Signature du patient ou du parent**

**Date :** \_\_\_\_\_