

Compléter ce formulaire électronique depuis votre ordinateur, tablette ou téléphone intelligent et imprimez-le:

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Tél. Rés. : \_\_\_\_\_ Tél. Bur. : \_\_\_\_\_ Tél. Cell. : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

État Civil : \_\_\_\_\_ Nom du conjoint : \_\_\_\_\_

Comment avez-vous été référé à la clinique ?

Référence (nom du patient) : \_\_\_\_\_

Pages Jaunes  Site internet  Publicité  Autre : \_\_\_\_\_

Motif de la consultation ?

Prévention  Soulagement  Régler mon problème de santé pour de bon

1. Quels sont vos symptômes majeurs (par ordre d'importance) ? Et qu'est-ce qui a provoqué vos symptômes ?

I. \_\_\_\_\_

II. \_\_\_\_\_

III. \_\_\_\_\_

2. Depuis quand avez-vous ces symptômes ?

I. \_\_\_\_\_

II. \_\_\_\_\_

III. \_\_\_\_\_

3. Comment sont apparus ces symptômes ?

I.  Accident  Progressivement  Subitement  Je ne sais pas

II.  Accident  Progressivement  Subitement  Je ne sais pas

III.  Accident  Progressivement  Subitement  Je ne sais pas

4. Comment progressent vos symptômes ?

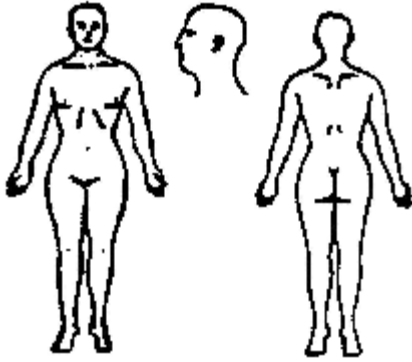
I.  Stable  S'améliorent  Se détériorent

II.  Stable  S'améliorent  Se détériorent

III.  Stable  S'améliorent  Se détériorent

Ev  Ex  O  C  Pht  L  D  S  Tc  Tcs  Tcp

5. Veuillez indiquer les régions douloureuses sur le schéma ci-joint:



6. Votre symptôme principal est-il présent :

- 100% du temps  75%  50%  25%  -de 25 % du temps

7. Votre symptôme principal est-il pire :

- Au réveil  Le jour  Le soir  La nuit : à quelle heure? \_\_\_\_\_

8. Vos symptômes sont pires dans quelle position ou mouvement ?

- Assis  Couché  Debout  Se pencher  Tourner la tête  
 Autre (décrire) : \_\_\_\_\_

9. Cochez la case qui correspond à l'intensité de votre douleur principale :

Intensité de vos douleurs ou symptômes (0 à 10):

#### HISTOIRE ANTÉRIEURE DE SANTÉ :

10. Maladies et/ou antécédents familiaux:

\_\_\_\_\_

14. Accidents (auto, travail)/Chutes/Fractures (années) :

\_\_\_\_\_

11. Médicaments:

\_\_\_\_\_

15. Quel est le nom de votre médecin traitant :

\_\_\_\_\_

12. Chirurgies et années :

\_\_\_\_\_

16. Avez-vous fait un examen radiologique ou autres imageries (IRM) au cours des 3 dernières années ?  oui  non

13. Hospitalisations et années :

\_\_\_\_\_

Si oui, inscrivez de quelles parties du corps :

\_\_\_\_\_

17. Est-ce le premier épisode de douleur semblable ?  Oui  Non

18. Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé pour ce problème ?  Oui  Non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

19. Port d'appareil :  orthodontique  correction visuelle  auditive  semelle orthopédique

#### Déclaration pour tous

*Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes; par la présente, j'autorise le professionnel de la clinique TAGMED à effectuer sur ma personne un examen physique. J'assume la responsabilité des frais encourus et de tout solde non défrayé par ma compagnie d'assurance.*

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

*Veuillez signer après avoir imprimé le formulaire.*