

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ EN RÉADAPTATION

☐ Physiothérapie ☐ Ergothérapie

Âge de l'utilisateur : _____

Nom du médecin référent : _____

Date de la prochaine visite médicale : _____
aaaa/mm/jj

Nom du médecin de famille : _____

Date de la prochaine visite médicale : _____
aaaa/mm/jj

Vos symptômes : ☐ S'améliorent ☐ Ne changent pas ☐ Se détériorent

Êtes-vous : ☐ Droitier ☐ Gaucher ☐ Ambidextre

☐ Événement traumatique Date : aaaa/mm/jj ☐ Problème de longue date

S.V.P. veuillez cocher ou spécifier les items suivants :

Occupation / Titre d'emploi : _____ ☐ En fonction ☐ Retraité ☐ En arrêt, depuis : _____
aaaa/mm/jj

S.V.P. veuillez cocher et spécifier les conditions qui s'appliquent à vous :

OUI	NON		OUI	NON	
☐	☐	Ostéoporose	☐	☐	Incontinence
☐	☐	Goutte	☐	☐	Infection transmise sexuellement/hépatite
☐	☐	Arthrose	☐	☐	Problèmes neurologiques
☐	☐	Arthrite rhumatoïde	☐	☐	AVC récent/antérieur
☐	☐	Fibromyalgie	☐	☐	Alzheimer/perte de mémoire
☐	☐	Présence de métal corporel	☐	☐	Convulsions/épilepsie
☐	☐	Problème cardiaques (angine/infarctus)	☐	☐	Sclérose en plaque
☐	☐	Port d'un pacemaker	☐	☐	Parkinson
☐	☐	Phlébite / thrombose	☐	☐	Étourdissements/vertiges/évanouissements
☐	☐	Problèmes vasculaires	☐	☐	Maux de tête/migraines
☐	☐	Hypertension artérielle	☐	☐	Nausées/vomissements
☐	☐	Anémie	☐	☐	Problèmes d'équilibre/chutes
☐	☐	Cholestérol élevé	☐	☐	Cancer (récent/ancien) : _____
☐	☐	Problèmes respiratoires	☐	☐	Type : _____ Date du diagnostic : _____
☐	☐	Problèmes digestifs/intestinaux	☐	☐	Perte d'appétit
☐	☐	Problème de foie/vésicule biliaire/rate/reins	☐	☐	Fièvre/Frissons
☐	☐	Problème de vision	☐	☐	Perte/gain de poids inexpliqué
☐	☐	Problème d'audition	☐	☐	Prise d'immunosuppresseurs
☐	☐	Trouble de la glande thyroïde	☐	☐	Prise de corticostéroïdes
☐	☐	Diabète	☐	☐	Dépression/anxiété/troubles psychologiques
☐	☐	Maladie de la peau : _____	☐	☐	Fumeur : _____ cigarettes par jour
☐	☐	Transplantation/Greffe	☐	☐	Consommation alcool/drogue
☐	☐	Infection récente/en cours : _____	☐	☐	Quantité/fréquence : _____
☐	☐	Trouble gynécologiques	☐	☐	Femme enceinte
			☐	☐	Autre : _____

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ EN RÉADAPTATION

Nom : _____ Prénom : _____ #Dossier : _____

OUI NON

☐ ☐ Allergie(s) : _____

☐ ☐ Fracture(s) et blessure(s) antérieure(s)/antécédent(s) (spécifiez) : _____

☐ ☐ Chirurgie(s) (spécifiez) _____

☐ ☐ Médicament(s)/produit(s) naturel(s) (spécifiez) : _____

☐ ☐ Tests médicaux (radiologie / laboratoire) :
☐ Rayons-X ☐ Scan ☐ IRM ☐ Échographie ☐ Prise de sang ☐ Autres, spécifiez : _____

Résultats : _____
(section _____
réservée au _____
professionnel) _____

Intérêts particuliers :

☐ Loisirs : _____

☐ Sports pratiqués : _____

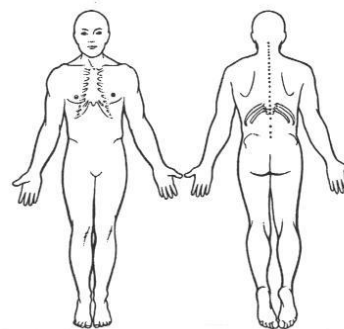
Quels sont vos attentes et vos objectifs face à votre réadaptation?

Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé pour votre condition (ex. : physiothérapeute, ostéopathe, ergothérapeute, massothérapeute, etc.)?

☐ Oui, spécifiez : ☐ Non

Professionnel(s)	Année (approximative)	Nombre de traitement(s)

Schéma corporel : Encerclez la ou les zone(s) affectée(s) par votre condition.



Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____

Signature du professionnel : _____ No. permis : _____ Date : _____

Profession : ☐ Physiothérapeute ☐ Thérapeute en réadaptation physique ☐ Ergothérapeute

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ EN RÉADAPTATION