

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. _____

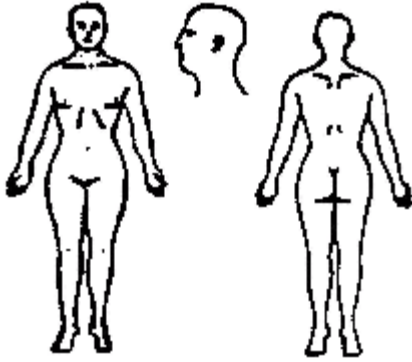
3. Comment sont apparus ces symptômes ?

- 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

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 :

Pas de douleur Douleur extrême

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 : _____