

Institut WanXiang

Historique de santé du patient

Merci de remplir ce questionnaire aussi complètement que possible et d'indiquer les zones d'incompréhension avec un point d'interrogation.

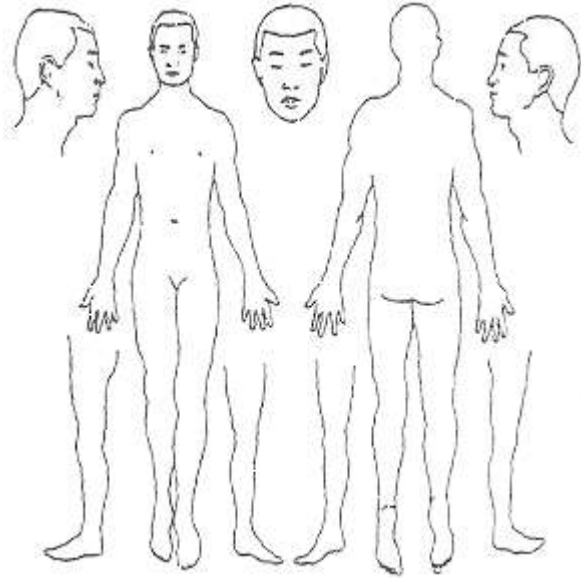
En plus de toutes vos données médicales, ce formulaire restera strictement confidentiel.

"A tout moment, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent" (art 34 de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978).

Date : / /

Nom :		Prénom :	
Date de naissance : / /	Age :	Sexe : M / F	
Lieu de naissance :			
Adresse :			
Code postal :	Ville :		
Téléphone : Domicile	Mobile:	Travail:	
Peut-on vous contacter par téléphone et laisser un message si nécessaire? O / N			
Si oui, à quel numéro?		E-mail :	
Souhaitez-vous recevoir notre périodique ou actualités par e-mail? O / N			
Avez-vous un partenaire? O / N	conjoint? O / N	Avez-vous été veuf (ve)? O / N	
Avez-vous des enfants? O / N	Si oui, quelles sont leurs âges?		
En cas d'urgence : Nom de la personne à contacter, numéro de téléphone et le lien avec vous:			
Formation :			
Profession :			
Nombre d'heures de travail par semaine :		Votre travail vous plaît-il? O / N	
Pourquoi?			
Comment avez-vous entendu parler de nous?			
Avez-vous déjà été traité en Médecine Chinoise ? O / N			
Quand et où avez-vous récemment consulté [avec n'importe quel type de médecin (s)]?			
Pour quelle raison avez-vous reçu des soins de santé?			
Vos préoccupations actuelles de santé sont-elles le résultat d'un accident d'automobile? O / N d'une blessure liée au travail? O / N			

Indiquer ci-dessous les problèmes de santé qui vous ont amené aujourd'hui (par ordre d'importance):

(problème)	(précisez le traitement passé)
1. Comment cela vous affecte?	
2. Comment cela vous affecte?	
3. Comment cela vous affecte?	
4. Comment cela vous affecte?	
Indiquez les zones douloureuses →	 <p>The diagram shows five human figures: a profile of a head, a front view of a torso, a front view of a face, a back view of a torso, and a profile of a head. These are used to indicate areas of pain on the body.</p>

Listez tous les médicaments (prescrits et/ou non prescrits), les vitamines, les herbes et/ou les suppléments que vous prenez actuellement (y compris les doses):

<i>Traitement</i>	<i>Raison</i>	<i>Depuis quand</i>	<i>Dosage</i>	<i>Efficace ? O/N</i>

Historique d'hospitalisations et de chirurgies:	
Raison	Quand ?
Historique des scanners, radios, IRM, etc.	
Raison	Quand ?

Antécédents familiaux (Remplissez ou Cochez dans les cases appropriées):

	Vous	Père	Mère	Frère ou sœur(s)	Enfants	Conjoint(e)
Age (si) vivant						
Âge au moment du décès						
Cause du décès						
Santé (B) bien, (F) faible						
Cancer (préciser le type)						
Diabète (précisez type I ou II)						
Anémie/désordres sanguins						
Maladies cardiaques						
Hypertension						
Cholestérol élevé						
Attaque						
Dépression ou Maladie mentale						
Asthme						
Allergie						
Maladies des reins						
Hépatite (précisez A, B ou C)						
Troubles endocriniens (thyroïde, etc.)						
Troubles gastro-intestinaux						
Troubles musculo-squelettiques						
Arthrite						
Autre (précisez)						

Votre taille:	Poids actuel:	Poids maximum atteint:	Quand?
Quel est votre plus récent relevé de la pression sanguine?			Quand?
Avez-vous des maladies infectieuses? O / N		Si oui, lister :	
Maladies infantiles (<u>cercler</u> celles que vous avez eues):			
Scarlatine	Diphtérie	Fièvre rhumatismale	Rougeole
Varicelle	Autre (s):		
Vaccination (<u>cercler</u> celles que vous avez eues):			
Tétanos	Polio	Rougeole/Oreillons/Rubéole	Coqueluche
Diphtérie	Hépatite B	Varicelle	Grippe saisonnière
Autre (s):			

Enumérer tous les aliments, médicaments ou substances auxquels vous êtes hypersensible ou allergique (décrivez vos réactions):

Pour les sections suivantes, cercelez tous symptômes ou maladies que vous ressentez maintenant et soulignez tout que vous avez vécu dans le passé:

Mental ou émotionnel:

Sautes d'humeur Nervosité / anxiété Tension mentale Dépression Attaques de panique
Phobies Bi-Polaires Trouble obsessionnel compulsif Schizophrénie Stress post-traumatique
Autre (s):

Energie et immunité:

Fatigue Cicatrisation lente Infections chroniques Syndrome Fatigue Chronique
Rhumes et grippe fréquents
Autre (s):

Peau:

Sèche ou grasse Eruptions cutanées Démangeaisons Urticaire Eczéma
Psoriasis Acné Transpiration excessive ou inhabituelle
Autre (s):

Tête. Yeux. Oreille. Nez. et Gorge:

Trouble de la vision Douleur des yeux Fatigue oculaire Glaucome Lunettes
Lentilles de contacts Larmes / Sécheresse
Troubles de l'audition Acouphène Maux d'oreille Maux de tête Problèmes de sinus
Rhume des foins / Allergies Congestion nasale fréquente Saignements de nez fréquents
Grincements de dents Maux de gorge syndrome de l'articulation temporo-mandibulaire
Problèmes de mâchoires
autres problèmes (s):

Muscles et squelette:

Douleur cou / épaule Spasmes/crampes musculaires Douleur du bras Douleur à la jambe
Douleur dans le haut du dos Douleur au milieu du dos Douleur dans le bas du dos
Sensation de lourdeur dans les membres Douleurs articulaires (si oui, où?) :
Autre (s):

Neurologie:

Vertiges Paralyse Engourdissement / Picotement Faiblesse musculaire
Perte de l'équilibre Attaque Mauvaise mémoire Crises épileptiques Sclérose en plaques
Autre (s):

Système Respiratoire :

Pneumonie Toux chronique Difficulté respiratoire Emphysème Pleurésie Asthme
Tuberculose Essoufflement
Autre (s):

Système Cardio-vasculaire:

Maladies du cœur Douleur thoracique Gonflement des chevilles Palpitations
Attaque cardiaque Souffle cardiaque Rhumatisme articulaire aigu Varices
Autre (s):

Système Gastro-intestinal:

Ulcères Changements dans l'appétit nausées / vomissements Douleur abdominale
Gaz fréquents Brûlures d'estomac Éructation fréquentes Maladie de la vésicule biliaire
maladies du foie Hépatite B ou C Ictère (jaunisse) Hémorroïdes Ballonnements
Constipation Diarrhée Sang ou mucus dans les selles Aliments non digérés dans les selles
Fatigue après avoir mangé Cholestérol
Autre (s):

Maladies endocriniennes:

Hypothyroïdie Hyperthyroïdie Hypoglycémie Diabète Sueurs nocturnes
Sensations inhabituelles de chaud ou de froid Pieds et / ou mains froids
Autre (s):

Système Urinaire :

Maladies rénales ou calculs Miction douloureuse Envie d'uriner fréquemment Troubles urinaires
Sang dans les urines Mictions fréquentes la nuit Infections des voies urinaires fréquentes
Incontinence Urines urgentes Miction incomplète Enurésie
Autres (s):

Système reproducteur masculin:

Difficultés sexuelles Problèmes de prostate Douleur testiculaire / gonflement
Pertes séminales MST Baisse / augmentation de libido
Autre (s):

Système reproducteur féminin/ seins:

Cycles Irréguliers Règles anormalement abondantes Saignements entre les menstruations
Cycles douloureux Problèmes / symptômes prémenstruels Symptômes de la ménopause
Sécheresse vaginale Pertes vaginales inhabituelles Nodules du sein Sensibilité des seins
Écoulement du mamelon MST Endométriose Baisse / augmentation de libido
Difficultés à concevoir
Autre (s):

Avez-vous quelque raison de croire que vous êtes enceinte? O / N Si oui, depuis quand?

Âge des premières règles:

Nombre moyen de jours de menstruation :

Durée du cycle (entre flux):

Contraception actuelle et passée (le cas échéant):

Nombre de grossesses :

Nombre de naissances vivantes :

Nombre de fausses couches :

Nombre d'avortements

Complications durant la grossesse, la naissance et / ou post-partum?

Autres :

Anémie ou autres troubles du sang cancer fibromyalgie sensation de tête lourde ou brumeuse
Troubles de l'alimentation maladie de Lyme Problèmes avec les dents et / ou les gencives
Autre (s):

Y a-t-il quelque chose que nous devrions savoir (y compris d'autres symptômes non mentionnés ci-dessus)?

Style de vie:

Nombre de repas par jour :

Nombre de collations consommées par jour:

Types et quantité de boissons par jour :

Pour les substances suivantes, indiquer le type et la quantité moyenne actuelle et / ou l'utilisation passée (le cas échéant):

Café:

Cigarettes:

Alcool:

Drogues récréatives:

Type (s) et quantité(s) d'exercice chaque semaine:

Nombre moyen d'heures de sommeil par nuit :

vous réveillez-vous reposé? O / N

Difficulté à s'endormir ou à rester endormi? O / N

Si oui, décrivez :

Estimez votre niveau de stress (cercle):

faible

moyen

élevé

Quelles sont vos principales sources de stress?

Avez-vous eu des traumatismes majeurs (c'est à dire abus, accidents majeurs, perte d'emploi, mort du conjoint, etc.)? O / N

Si oui, décrivez :

Intérêts et loisirs:**Autre chose que vous voudriez que nous sachions:**

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce formulaire.