

## QUESTIONNAIRE SANTÉ

**Note :**

Ces renseignements servent uniquement à des fins thérapeutiques et demeurent strictement confidentiels.

Prénom	Nom	Sexe F M	Profession
Adresse (n°, rue, app.)		Ville	Code Postal
Téléphone	Mobile :( )	Résidence :( )	Travail :( )
Date de naissance j j m m a a a a	Médecin de famille / IPS	Nom de la clinique médicale	
Courriel			



Cochez toutes les formes de **rappels** désirés pour vos prochains rendez-vous :

**Courriel**

**Message texte**

**Téléphone\***

*\* Merci de choisir les rappels par téléphone uniquement si c'est la seule option qui vous convient.*

Motif(s) de la consultation : \_\_\_\_\_

Sports et loisirs habituels : \_\_\_\_\_

Cochez les traitements que vous avez déjà reçus pour votre condition actuelle :

- Acupuncture   
  Ostéopathie   
  Physiothérapie   
  Massothérapie   
  Chiropratique

Cochez les symptômes, maladies ou problèmes de santé :

**Peau**

- Allergie  
 Psoriasis

**Oreilles**

- Surdit e  
 Vertiges /  tourdissements  
 Acouphène / cillement

**Nez**

- Sinusite / nez bouch e  
 Perte de l'odorat

**Gorge / bouche**

- Difficultés / douleur à la déglutition  
 Travaux majeurs en dentisterie  
 Grincement / serrement des dents / craquement

**Cardio-vasculaire**

- Haute/basse pression  
 Pacemaker  
 Problème cardiaque  
 AVC/AIT

**Pulmonaire**

- Asthme  
 Bronchite / pneumonie  
 Difficulté à respirer  
 Fumeur

**Digestif**

- Douleur abdominale  
 Ballonnement / flatulence  
 Reflux gastrique  
 Br lement d'estomac  
 Hernie hiatale  
 Colon irritable  
 Constipation/diarrhée  
 Autre : \_\_\_\_\_

**Année** | Chirurgies passées (toutes)

- \_\_\_\_\_  
 • \_\_\_\_\_  
 • \_\_\_\_\_  
 • \_\_\_\_\_  
 • \_\_\_\_\_

**Neurologie**

- Fourmillement  
 Diminution de sensibilit e  
 Faiblesse musculaire  
 Trauma crânien /perte de conscience  
  pilepsie  
 Maux de tête / migraine

**Endocrinien**

- Hypothyroïdie  
 Hyperthyroïdie  
 Diabète / hypoglycémie  
 Ostéoporose / arthrose  
 Perte ou prise de poids récente  
 Ménopause

**Autres conditions passées ou présentes:**

- Cancer  
 Dépression

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Médication prescrite et non prescrite actuelle : \_\_\_\_\_

- Cochez **si vous ne souhaitez pas recevoir des courriels informatifs** sur le Centre TMO, dont les thérapeutes et les services

**Signature :** \_\_\_\_\_

Date : j j m m a a a a

\*\*\* Signatures également requises au verso \*\*\*

## POLITIQUE D'ANNULATION D'UN RENDEZ-VOUS

Pour toute annulation, veuillez nous contacter ou annuler en ligne **au moins 24 heures avant votre rendez-vous.**

Ce délai permet à votre thérapeute, payé à l'acte, de replanifier cette plage pour un autre client.

En cas d'absence non justifiée ou d'annulation tardive, des **frais équivalents à 30 % du coût du traitement** seront appliqués.

J'ai lu et j'accepte la politique d'annulation du Centre TMO.

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

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, autorise les thérapeutes du Centre TMO (physiothérapeute, ostéopathe, massothérapeute) ainsi que mes médecins traitants à consulter les informations et documents de mon dossier lorsque cela est pertinent pour les soins et suivis nécessaires à mon bien-être.

Ce consentement est valide tant que je bénéficie des services du Centre TMO. Je comprends que je ne suis pas obligé(e) de donner ce consentement et que je peux le retirer, en tout ou en partie, à tout moment, par écrit.

J'atteste avoir lu et compris ce formulaire et, si nécessaire, reçu les explications à sa compréhension.

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