

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

# DOSSIER

PRÉNOM

PATIENT

NOM

S.V.P. VEUILLEZ COCHER LES PROBLÈMES QUI S'APPLIQUENT À VOTRE SANTÉ

CHIRURGIES

OSTÉOPOROSE

ACC. CÉRÉBRO-VASCULAIRE

ALLERGIES

THYROÏDE

GOUTTE

MÉTAL CORPOREL

HAUTE TENSION ARTÉRIELLE

DIABÈTE

PACEMAKER

PROBLÈMES CARDIAQUES

FUMEUR

HERPÈS / SIDA / HÉPATITE

CHOLESTÉROL ÉLEVÉ

ALCOOLISME / DROGUE

PHLÉBITE/THROMBOSE

PROBLÈMES RESPIRATOIRES

CANCER

ÉTOURDISSEMENTS

INCONTINENCE

AUTRE

PERTE DE CONSCIENCE

SCLÉROSE EN PLAQUE

FEMMES

MAUX DE TÊTE / MIGRAINES

ARTHRITE RHUMATOÏDE

ENCEINTE

CONVULSIONS / ÉPILEPSIE

PARKINSON

CÉSARIENNE

PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS?

OUI

NON

LESQUELS?

ÊTES-VOUS...

DROITIER

GAUCHER

AMBIDEXTRE

QUELLES SONT VOS ATTENTES CONCERNANT VOTRE PROBLÈME?

**PHYSIO**OUTAOUAIS  
MÉDECINE DU SPORT



SIGNATURE DU PATIENT

SIGNATURE DU PHYSIOTHÉRAPEUTE