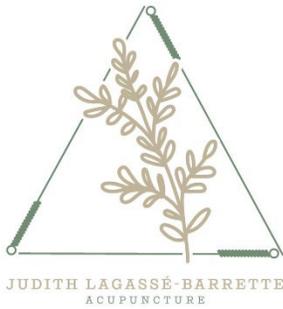


FORMULAIRE SANTÉ



Nom, Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Courriel :

Raison de consultation :

Avez-vous un médecin de famille :

Si oui, son nom :

Date du dernier rendez-vous :

Cochez vos problèmes de santé :

Troubles cardiaques

Haute pression artérielle

Basse pression artérielle

Anémie

Problèmes pulmonaires

Dépendance au tabac

Asthme

Allergies

Troubles digestifs

Troubles urinaires

Diabète

Hypercholestérolémie

Épilepsie

Anxiété

Dépression

Troubles menstruelles

Autre

Problèmes de peau

Maux de tête

Étourdissements

Acouphènes

Porteur d'un stimulateur cardiaque

Tuberculose

Troubles thyroïdiens

Arthrite

Douleur lombaire

Trouble du sommeil

Hépatite

VIH

Perte ou gain de poids soudain

Cancer

Radiothérapie

Chimiothérapie

Immunothérapie

Numéro de dossier :

Êtes-vous enceinte :

Si oui, de combien de semaine :

Prenez-vous des médicaments, si oui lesquelles :

| Nom du médicament | Posologie | Depuis quand |
|-------------------|-----------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Avez-vous subi des chirurgies ou des accidents :

Avez-vous autre chose au sujet de votre de santé qui serait pertinent pour moi de savoir?

Merci!

JUDITH LAGASSÉ-BARRETTE
ACUPUNCTURE

