



Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date de naissance : (J) \_\_\_\_ (M) \_\_\_\_ (A) \_\_\_\_ Age : \_\_\_\_

## Informations Personnelles

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tél. maison : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## État civil :

Marié(e)  Célibataire  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Conjoint de fait

Votre occupation : \_\_\_\_\_

## Renseignements Médicaux

Consommez-vous des médicaments ?  OUI  NON Si OUI, lesquels ?

Avez-vous souffert ou souffrez-vous des conditions suivantes :

( Encerlez une réponse **même si la réponse est NON ...** )

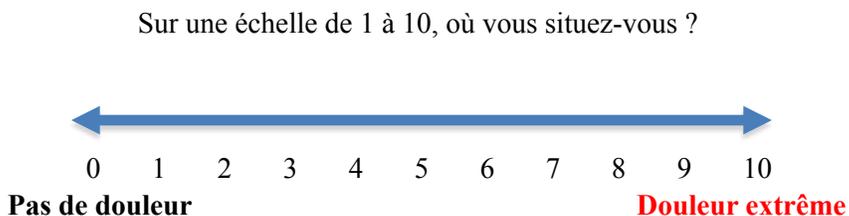
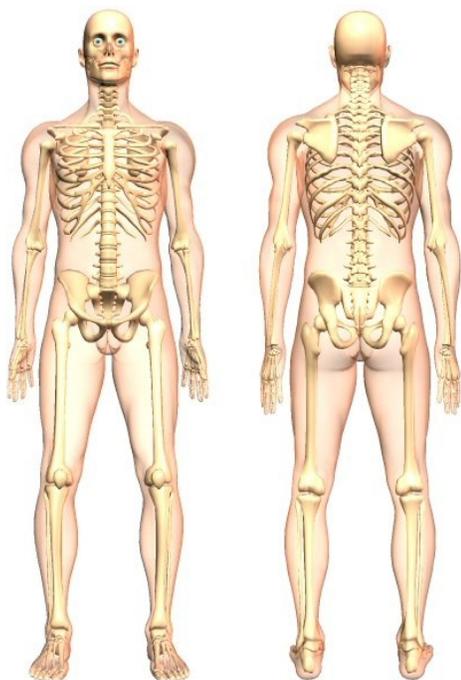
Maladies cardiaques	OUI	NON
Hypertension	OUI	NON
Basse pression	OUI	NON
Diabète	OUI	NON
Arthrose	OUI	NON
Arthrite	OUI	NON
Cancer	OUI	NON

Si vous avez répondu(e) OUI à la question sur le cancer, veuillez donner dates et description S.V.P.

Avez-vous déjà été opéré(e) ?  **OUI**  **NON** Si **OUI**, veuillez donner dates et description S.V.P..

---

Sur les 2 schémas qui suivent, **veuillez indiquer par des rayures (////)** les endroits **douloureux** ou **insensibles**. **Indiquez par des points (: :::)** les régions où vous ressentez des **engourdissements**.



Qui avez-vous consulté(e) pour la **CONDITION ACTUELLE** ?

- Médecin  Spécialiste  Acupuncteur  Massothérapeute  Myologiste  
 Orthothérapeute  Ostéopathe  Chiropraticien  Physiothérapeute  Autre

Quand avez-vous consulté(e) ? \_\_\_\_\_

Résultats obtenus : \_\_\_\_\_

Avec quelle compagnie d'assurance êtes-vous assuré (e) ?

Compagnie : \_\_\_\_\_ # de police : \_\_\_\_\_

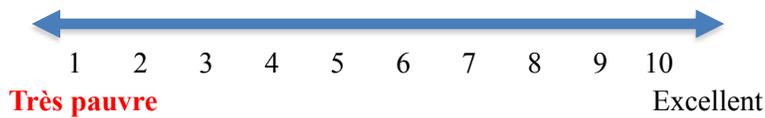
Qui vous a référé(e) à cette Clinique ?

- Pages Jaunes papier  Pages Jaunes Web  Google  Canada 411  Journaux  
 un(e) de nos patients(es)  Site Web  Certificat cadeau

Nom du patient qui vous a référé(e) : \_\_\_\_\_

- Est-ce que la douleur vous empêche de faire vos activités favorites ?  **OUI**  NON
- Depuis combien de temps ressentez-vous ce problème ? \_\_\_\_\_
- À quelle fréquence survient-il ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà eût un ou des diagnostics d'entorse ?  **OUI**  NON
- Est-ce que ce problème nuit à votre travail ou à vos activités ?  **OUI**  NON
- Est-ce que ce problème semble s'aggraver avec le temps ?  **OUI**  NON
- Faites-vous de l'exercice régulièrement ?  **OUI**  NON

Sur une échelle de 1 à 10, comment considérez-vous votre état de santé général...



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

**Bienvenue à la *Clinique de la Sciatique de Repentigny***

*Merci de nous aider à solutionner votre problème...*