

DOSSIER D'ACUPUNCTURE

date d'ouverture: _____ jj/mm/aa

Nom : _____ Prénom : _____
Genre : _____ Date de naissance:jj/mm/aaaa _____ Âge: _____
Adresse: _____ Ville: _____ Code Postal: _____
Courriel: _____ Cell. : _____ M ou Tr: _____
Référé par : __connaissance __internet __ autre média; _____
Tuteur (si moins de 14 ans): _____

Raison de la visite :

Attentes face aux traitements:

Veillez noter que le questionnaire porte sur l'ensemble de votre état de santé et ne se limite pas à votre raison de consultation.

Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ? __OUI __ NON

date de la dernière visite chez un médecin: _____

Nom : _____ Spécialité : _____

Lieu de pratique: _____

Diagnostic : _____

Traitement prescrit : _____

Réactions au traitement : _____

Avez-vous consulté d'autres professionnels de la santé; acu, masso, etc... ? __ OUI __ NON

Si oui :

Nom : _____ Spécialité _____

Réactions au traitement : _____

Nom : _____ Spécialité _____

Réactions au traitement : _____

Prenez-vous :

des anticoagulants ? __OUI__ NON

des corticoïdes ? __OUI __ NON

Prenez-vous des médicaments et/ou des produits naturels? __OUI __NON

Si oui, lesquels, leur posologie et votre réaction au traitement:

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de ?

	oui	non		oui	non
* Troubles cardiaques (infarctus, angine problèmes valvulaires, souffle) * Portez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou autre ISMIA (Instruments ou Systèmes Médicaux Implantables Actifs)..... * Tension artérielle (pression) : haute <input checked="" type="checkbox"/> basse <input checked="" type="checkbox"/> * Saignements prolongés * Anémie * Problèmes pulmonaires * Tuberculose * Asthme * Rhume des foins * Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants : Aliments Médicaments * Troubles digestifs * Ulcère de l'estomac * Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, cholestérol) * Troubles du rein * Diabète Type 1 ou 2			* Troubles thyroïdiens * Épilepsie * Troubles nerveux * Maux de tête fréquents * Étourdissements, évanouissements * Maux d'oreilles * Problèmes oculaires (yeux) * Maladie de peau * Arthrite * Maladies vénériennes (MTS) * Êtes-vous atteint(e) du syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) * Êtes-vous séropositif au test du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) * Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur) * Êtes-vous enceinte * Avez-vous des prothèses : articulaires ?..... mammaires ?...		

Avez-vous déjà été hospitalisé et / ou subi des interventions chirurgicales ?

Si oui, lesquelles ? Et quand ?

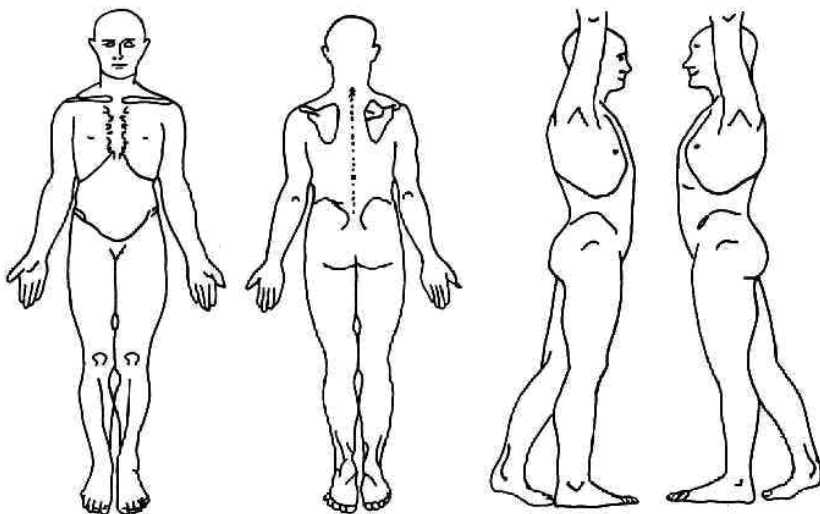
_____ Âge _____

_____ Âge _____

_____ Âge _____

_____ Âge _____

Douleur - Zones de tension



Historique de la douleur: _____

Soulager par chaud ou froid: _____

Autre: _____

Hygiène de vie

***Consommation hebdomadaire** (quantité et type):

alcool _____ drogue récréative _____

exercice: _____ min / jour ou sem ou mois

***Quotidienne** (quantité et type)

tabac _____ caféine / théine (boisson gazeuse) _____

breuvages: eau ou jus (spécifiez quantité, type, température) _____ Soif __oui__ non

sommeil _____ heures de qualités _____

Alimentation - nourriture (nombre de repas, diète spéciale, péchés mignons)

Historique gynécologique

Âge des premières règles: _____ Ménopause, hystérectomie, ligature: _____

Durée du cycle/règles: _____ SPM: _____

Historique de contraception: _____

Avortement, fausses couches, grossesses: _____

Autres: _____

Autres commentaires:

Suite à remplir par votre acupuncteur:

Énergie:

Digestion/ Appétit:

Selles / Urines:

Feu: mémoire, concentration, palpitations, anxiété

Bois: tremblements, rage, SPM, goût amer

Terre: poids, borborygmes, appétit, ulcères, brûlures d'estomac, motivation

Métal: asthme, allergies, rhumes, frissons

Eau: libido, acouphènes, fonctions urinaires, chaleurs, transpirations

Recommandations:
