

**APERÇU DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

**Nous garderons votre information confidentielle** sauf si exigé par la loi. Nous demanderons votre permission avant de donner votre information à qui que ça soit. **Soyez précis** pour que nous puissions déterminer si un massage thérapeutique peut vous aider. Veuillez nous informer s'il y a des changements futurs au niveau de votre santé ou de vos coordonnées.

Nom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Adresse postale: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code postale: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_ Date de naissance: jj\_\_\_\_\_/mm\_\_\_\_\_/aa\_\_\_\_

Téléphone: (maison) \_\_\_\_\_ (bureau) \_\_\_\_\_ (autre) \_\_\_\_\_

Profession: \_\_\_\_\_ Raison principale pour votre visite? \_\_\_\_\_

Régime d'assurance privée?  Oui  Non

Envoyé par: \_\_\_\_\_  
**Soyez précis:** nom de votre ami-e, nom du médecin, endroit où vous avez vu l'annonce, site web, etc.

**Veillez signaler vos problèmes courants et ceux que vous avez eu dans le passé:**

**TÊTE / COU**

- maux de tête
- problèmes / perte de vision
- verres de contact
- maux d'oreille
- problèmes d'audition
- douleurs à la mâchoire/TMJ

**SYSTÈME RESPIRATOIRE**

- toux chronique
- souffle court
- asthme –Date de dernière crise: \_\_\_\_\_
- bronchite / emphysème
- tabagisme

**CARDIOVASCULAIRE**

- insuffisance cardiaque
- crise cardiaque (infarctus)
- accident cerebrovasculaire
- cardiac pacemaker
- hypertension artérielle
- hypotension artérielle
- maladie du coeur  
Type: \_\_\_\_\_
- mauvaise circulation/bleus
- phlébite
- varices  
Diagnostic du médecin?  
 oui  non

**INFECTIONS**

- herpès
- hépatite
- problème de peau  
Type: \_\_\_\_\_
- tuberculose
- VIH / SIDA
- autre: \_\_\_\_\_

**AUTRES PROBLÈMES**

- engourdissements  
Zones touchées: \_\_\_\_\_
- difficultés de digestion
- constipation / diarrhée
- SCI (colon irritable)
- foie: \_\_\_\_\_
- vésicule biliaire: \_\_\_\_\_
- reins: \_\_\_\_\_
- diabète –Type 1 ou 2
- sinusite: \_\_\_\_\_
- allergies (anaphylaxie ou irritation): \_\_\_\_\_
- insomnie
- fatigue
- dépression
- cancer: \_\_\_\_\_
- épilepsie –Date de dernière crise: \_\_\_\_\_
- arthrite  
Diagnostic du médecin?

oui  non

Zones touchées: \_\_\_\_\_

Histoire familiale?  oui  non

douleurs menstruelles graves

grossesse –date: \_\_\_\_\_

Problèmes de ménopause: \_\_\_\_\_

**SANTÉ GÉNÉRALE :** \_\_\_\_\_

**AUTRES PROBLÈMES**

**MÉDICAUX** (broches, fils métalliques, articulations/membres artificiels, équipement spécial tel que fauteuil roulant, etc):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MÉDICATION ACTUELLE**

(incluant aspirine, vitamines, etc)

Nom Pour quel problème

Nom	Pour quel problème
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

# Ottawa Professional Therapy Centre

203 – 240 rue Catherine, Ottawa ON K2P 2G8  
www.theoptc.com Tél: (613) 565-0763 info@theoptc.com

**Veillez dresser une liste de TOUS vos accidents, blessures et chirurgies**

Type: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_  
Symptômes actuels: \_\_\_\_\_

Type: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_  
Symptômes actuels: \_\_\_\_\_

Type: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_  
Symptômes actuels: \_\_\_\_\_

Type: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_  
Symptômes actuels: \_\_\_\_\_

## MUSCLES & JOINTURES

**Veillez signaler les endroits où vous sentez actuellement une douleur / raideur:**

cou / mâchoire: droit / gauche  
 épaules: droite / gauche  
 bras: droit / gauche  
 mains: droite / gauche  
 milieu du dos: droite / gauche  
 bas du dos: droite / gauche

cuisses: droite / gauche  
 genoux: droit / gauche  
 jambes: droite / gauche  
 chevilles: droite / gauche  
 pieds: droit / gauche  
 autre: \_\_\_\_\_

## AUTRES SOINS DE LA SANTÉ

massothérapie  
 chiropraxie  
 physiothérapie  
 psychothérapie

acupuncture  
 exercice hebdomadaire  
 consultation nutritionnelle  
 autre: \_\_\_\_\_

## MÉDECIN TRAITANT

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Date de la dernière consultation : \_\_\_\_\_

Autorisation d'envoyer à votre médecin un rapport relatif à votre santé ?  oui  non

N.B. en tout temps, vous pouvez demander que nous arrêtons ou modifions votre traitement. En outre, il est possible que vous ressentiez des effets secondaires, tels que des douleurs pour les 48 heures suivant votre traitement.

C'est à regret que nous devons facturer les rendez-vous annulés avec moins de 24 heures de préavis.

Est-ce que vous consentez?  Oui  Non

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

**MERCI d'avoir pris le temps de remplir correctement ce formulaire.**

Date du premier aperçu des antécédents: \_\_\_\_\_  
Mise à jour 1: \_\_\_\_\_  
Mise à jour 2: \_\_\_\_\_  
Mise à jour 3: \_\_\_\_\_  
Mise à jour 4: \_\_\_\_\_  
Mise à jour 5: \_\_\_\_\_  
Mise à jour 6: \_\_\_\_\_  
Mise à jour 7: \_\_\_\_\_