

Ottawa Professional Therapy Centre

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

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 machoire/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
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Veillez tourner la page →

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: _____