

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Afin de recevoir une évaluation complète, détaillée et sécuritaire, veuillez nous fournir les informations suivantes concernant vos antécédents médicaux.

Quels sont vos loisirs/activités sportives :
.....
(fréquence)

Êtes-vous enceinte ? Oui Non
Avez-vous une dépendance au tabac, à l'alcool, à la drogue ? Oui Non
Est-ce que votre poids est stable depuis les 6 derniers mois ? Oui Non

Sinon en connaissez-vous la raison ?

Avez-vous ou avez-vous déjà eu:

Cancer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Hépatite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète/hypoglycémie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Anxiété/dépression/bipolarité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problèmes cardiaques / hypertension	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Problèmes gastriques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cholestérol	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Problèmes rénaux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Problèmes de glande thyroïde	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problèmes respiratoires: (Asthme, bronchite)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Arthrite/arthrose	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Céphalées / migraines	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pertes de conscience	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Maladies de la peau	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
VIH (sida)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Autres :		

.....
.....

Avez-vous un stimulateur cardiaque Oui Non
un implant métallique Oui Non

Veuillez indiquer toute blessure ou douleur pour laquelle vous avez déjà été traité(e) (incluant fractures, entorses).

Dates Nature des blessures ou douleurs Traitements

.....
.....
.....

Quels médicaments sans prescription parmi les suivants prenez-vous ou avez-vous pris depuis la semaine dernière ?

Aspirine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Antiacide	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Tylenol (ou advil)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Vitamines / suppléments minéraux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Laxatif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Autres:		
Antihistaminique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			

Veuillez indiquer tous les médicaments prescrits que vous prenez présentement.

.....
.....

Signature: Date: