



Antécédents de Santé

Date: _____

Nom:		Sexe:		Âge:	
Adresse:		Ville:		Prov:	
Tél:		Autre tél: Trav. Cell Autre		Email:	
Employeur:			Occupation:		
Date de naissance:		Hauteur:	Poids:	Nom de votre compagnie d'assurance :	
Contact d'urgence:		Contact #:		Relation:	
Médecin:			Tél:		
Qui vous a référé? Comment avez vous trouvez notre Clinique?:			Avez vous déjà reçut de l'acupuncture? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ___/___/____		
D'autres thérapies? Quel sort? Combien de temps?:					

Problèmes Principaux

Écrivez vos 3 principaux problèmes de santé en ordre d'importance.

1. _____

Commencé quand? _____

2. _____

Commencé quand? _____

3. _____

Commencé quand? _____

Historique de santé – personnel et familial

SVP énumérer les antécédents de santé, maladies ou conditions chroniques, de vous et votre famille (e.g. cancer, haute pression, allergies, maladies contagieuses, etc).

Habitudes

Quantité/Semaine

Café/Thé _____

Liqueur/Sucre _____

Tabac _____

Alcool _____

Drogues _____

Exercice

Faites vous de l'exercice régulièrement?

Non Oui

Si oui, quelle activité et comment souvent?:

Diète

Décrivez vos habitudes alimentaires typiques. Ajoutez vos restrictions alimentaire et vos "cravings".

Déjeuner: _____

Dîner: _____

Supper: _____

"Cravings": _____

Restrictions alimentaire (végétarien, paléo, etc.): _____

Médicaments

Écrivez les médicaments, herbes ou suppléments que vous prenez régulièrement.

Blessures et Chirurgie

Écrivez la date de l'incident, ce qui est arrivé et la partie du corps affectée



Pensez au dernier mois, et faire un X sur les lignes (2 extrêmes), et faire un crochet dans les boites qi s'appliquent.

Température

Avez vous habituellement chaud ou froid ?; Relativement aux autres, portez vous plus ou moins d'épaisseur de linge

FROID

CHAUD

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mains et pieds froids | Préfère boisson froide / chaude | <input type="checkbox"/> Sueur la nuit | <input type="checkbox"/> Chaleur aux mains, pieds et poitrine |
| <input type="checkbox"/> Frissons | <input type="checkbox"/> Soif, aucun désir de boire | <input type="checkbox"/> Sueur usuelle | <input type="checkbox"/> Bouffée de chaleur |
| <input type="checkbox"/> Froid "dans les os" | <input type="checkbox"/> Absence de soif | Quand: _____ am/pm | <input type="checkbox"/> Chaleur l'après midi |
| <input type="checkbox"/> Engourdissement (où?) | <input type="checkbox"/> Soif excessive | Où sur le corps: _____ | <input type="checkbox"/> Chaleur la nuit |
| | | <input type="checkbox"/> Sueur spontanée | |

Digestion

DIARRHÉE

CONSTIPATION

- | | | | |
|---|--|--|--|
| Selles: Fréquence? ___x/chaque ___ jours | <input type="checkbox"/> Gaz/Ballonement abdominal | <input type="checkbox"/> Hémorroïdes | <input type="checkbox"/> Selles secs |
| Selles formées? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Rôt | <input type="checkbox"/> Mauvaise haleine | <input type="checkbox"/> Difficulté a passé les selles |
| <input type="checkbox"/> Alternance diarrhée & constipation (IBS) | <input type="checkbox"/> Peu d'appétit | <input type="checkbox"/> Brûlement d'estomac | <input type="checkbox"/> Fatigué après les selles |
| <input type="checkbox"/> Indigestion | <input type="checkbox"/> Nausée/Vomissement | <input type="checkbox"/> Appétit excessive | <input type="checkbox"/> Selles nauséabondes |

Énergie

BONNE

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Perte d'énergie soudaine
Temps: _____ am/pm | <input type="checkbox"/> Dépendance sur caféine/stimulants | <input type="checkbox"/> Souffle court | <input type="checkbox"/> Difficulté à se concentrer |
| <input type="checkbox"/> Perte d'énergie après manger | <input type="checkbox"/> Sentiment d'agitation/nervosité | <input type="checkbox"/> Palpitations (poitrine) | <input type="checkbox"/> Perte / diminution mémoire |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Pesanteur dans corps/membres | <input type="checkbox"/> Pression sanguine Haute / Bas | <input type="checkbox"/> Étourdissement, vertige |
| | <input type="checkbox"/> Faiblesse dans corps/membres | <input type="checkbox"/> Saignements/ecchymose facile | <input type="checkbox"/> Mal de tête ___x/semaine |

Sommeil

- # heures par nuit _____
- Difficulté à tomber endormit
 - Éveil ___x/nuit @ ___am/pm
 - Éveil pour uriner ___x/nuit
 - Sommeil perturbé par des rêves
 - Sommeil agité
 - Pas reposé en se réveillant

Émotions

Quelle(s) émotions domine vos expériences?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Colère | <input type="checkbox"/> Deuil |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Joie |
| <input type="checkbox"/> Inquiétude | <input type="checkbox"/> Peur |
| <input type="checkbox"/> Pensées obsessive | <input type="checkbox"/> Timidité |
| <input type="checkbox"/> Tristesse | <input type="checkbox"/> Indécision |

Yeux, Oreilles, Nez, Gorge

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vue diminué | <input type="checkbox"/> Audition diminuée |
| <input type="checkbox"/> Cécité nocturne | <input type="checkbox"/> Bourdonnement dans les oreilles |
| <input type="checkbox"/> Yeux rouges | <input type="checkbox"/> Cire d'oreille excessive |
| <input type="checkbox"/> Démangeaison des yeux | <input type="checkbox"/> Mal de gorge |
| <input type="checkbox"/> Voir des points flottants | <input type="checkbox"/> Problème aux dents |
| <input type="checkbox"/> Congestion des sinus | <input type="checkbox"/> Bobos dans la bouche |
| <input type="checkbox"/> Phlegme (couleur _____) | <input type="checkbox"/> Toux |

Urine

- | | | | |
|--|---|---|--|
| Liqu. ingéré - liqu. excrét. ? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Difficulté a commencer/arrêter | <input type="checkbox"/> Urgence à uriner | <input type="checkbox"/> Urine brûlante |
| <input type="checkbox"/> Jet d'urine diminué | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Urine fréquente | <input type="checkbox"/> Sang dans l'urine |
| <input type="checkbox"/> Égouttement (après urine) | <input type="checkbox"/> Pierre de rein | <input type="checkbox"/> Urine trouble | <input type="checkbox"/> Urine douloureuse |

Femmes - Menstruation

- | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|---|
| Âge des 1ère menstruation: _____ | # d'accouch: _____ | <input type="checkbox"/> Périodes irrégulières | <input type="checkbox"/> Synd. pré-menstr. | <input type="checkbox"/> Changement d'humeur |
| Durée du cycle: _____ jours | # of avortem./fausse couche: _____ | <input type="checkbox"/> Crampes | <input type="checkbox"/> Caillots | <input type="checkbox"/> Trouble digestion c/ périodes |
| Durée des mens. : _____ jours | <input type="checkbox"/> Saignement abondant | <input type="checkbox"/> Avant saignement | <input type="checkbox"/> Douleur aux seins | <input type="checkbox"/> Infection vaginale |
| Date début des dernière mens.: _____ | <input type="checkbox"/> Saignement léger | <input type="checkbox"/> 1ère journée | <input type="checkbox"/> Fatigue c/ périodes | <input type="checkbox"/> Pilule contraceptive hormonale |
| # de grossesse: _____ | <input type="checkbox"/> Périodes douloureuses | <input type="checkbox"/> Durant saignement | | Combien de temps? _____ |

Femmes - Ménopause

- | | |
|--|---|
| Année début changements: _____ | <input type="checkbox"/> Bouffées chaleur ___x/jour |
| Âge des dernières mens. : _____ | <input type="checkbox"/> Sueur nocturne ___x/nuit |
| <input type="checkbox"/> Perte du désir sexuel | <input type="checkbox"/> Sécheresse vaginale |

Hommes - Reproduction

- | | |
|---|--|
| Actif sexuellement? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> Problèmes de prostate |
| <input type="checkbox"/> Changement de libido? ↑ ↓ | <input type="checkbox"/> Douleur génital |
| <input type="checkbox"/> Dysfonction érectile | <input type="checkbox"/> "Jock Itch" |
| <input type="checkbox"/> Éjaculation précoce | <input type="checkbox"/> Vasectomie |
| <input type="checkbox"/> Plaies/bobos sur génitaux | <input type="checkbox"/> Hernie |
| <input type="checkbox"/> Écoulement | |

Consentement pour le traitement

Je, _____, comprends que l'acupuncture et la Médecine Traditionnelle Chinoise sont des thérapies naturelles basées sur l'énergie et qui focus sur le rétablissement de l'équilibre énergétique et le traitement basé sur la différenciation de syndrome. Ces thérapies n'ont pas comme but de remplacer les traitements médicaux conventionnels. J'assume toute responsabilité de consulté un médecin, puisque je comprends que tout diagnostic de ma condition doit être fait par celui-ci.

J'autorise alors Eastern Spirit Acupuncture and Traditional Chinese Medicine à performer les techniques de traitements suivantes:

- L'acupuncture qui comprend l'insertion d'aiguilles spécialisées stériles dans la peau et tissus sous cutanés à des points spécifiques sur la surface du corps. Ceci inclut d'autres techniques reliés à l'acupuncture, entre autre la moxibustion, les ventouses, la stimulation électrique, le massage tuina, le raclement de la peau (Gua Sha) et l'acupression.
- Les thérapies par pharmacopée Chinoise (herbes) incluent des formule d'herbes chinoise sous forme d'herbes séchées, des granules concentrées à dissoudre dans l'eau ou des produits sous forme de pilule. Ces formules peuvent inclure des produits de plante, des minéraux et des produits à base animale ou d'insecte. Je comprends que je vais être informé de la nature des produits qui me sont offerts, et que mes intolérances à ces ingrédients vont être respectées.

Je reconnais que les bénéfices et risques potentiels des procédures mentionnés ci-haut peuvent inclure les réactions suivantes:

Bénéfices potentiels: Soulagement sans douleur et sans médicaments des symptômes que je présente et le rétablissement de mon équilibre énergétique, qui pourrait conduire à la prévention ou l'élimination de mes problèmes de santé.

Risques potentiels: Inconfort, douleur, ecchymose, et faible risque d'infection au site d'insertion des aiguilles, possibilité de faiblesse, de nausées ou de perte de conscience et aussi l'aggravation des symptômes existant. Intolérance ou réaction allergique au produit de pharmacopée chinoise, comme les nausées et vomissements.

Avec ces connaissances, je consens volontairement aux procédures de traitement mentionnées ci haut, en comprenant qu'aucune garantie m'a été donnée par Eastern Spirit Acupuncture au sujet d'une cure ou de l'amélioration de ma condition.

Je libère Eastern Spirit Acupuncture de toutes responsabilités reliées aux techniques de traitements mentionnées ci-haut, à l'exception des situations où il y a eu une omission dans la qualité de soins de santé offerts. Je comprends que je suis libre de retirer mon consentement et d'arrêter ma participation à ces procédures à tout moment.

Frais de traitement:

Je comprends que les frais de traitement sont payables au temps de la visite, et j'assume toute responsabilité de payer Eastern Spirit Acupuncture tout argent du pour le traitement. Je comprends que je suis responsable pour demander un remboursement pour mon traitement à ma compagnie d'assurance, et qu'un reçu approprié va m'être donné à cet effet.

Cancelation, rendez-vous manqué:

Je vais donner une notice de 24 heures si j'ai besoin de l'annulercanceller un rendez-vous. Je comprends que sans notice appropriée, le temps réservé pour moi est ma responsabilité, et que je vais être chargé pour un rendez-vous manqué. Les rendez-vous manqués ont les mêmes frais qu'un rendez-vous régulier. Les compagnies d'assurance ne payent pas pour des rendez-vous manqués, alors je comprends que je suis responsable de les payer. Des circonstances exceptionnelles vont être considérées à propos de cette politique.

Signature du client

Date

Signature de la personne autorisé pour le consentement

Date