

Questionnaire d'admission

Veillez lire attentivement ce qui suit:

Merci de bien vouloir compléter ce formulaire au mieux de vos connaissances, ceci afin de permettre une prise en charge optimale lors de votre suivi thérapeutique. Toutes les informations transmises restent confidentielles.

- Cochez autant de cases qu'il est nécessaire lors de questions à choix
- S'il vous est difficile de répondre à une question, veuillez nous en faire part lors de l'entretien

| Données administratives | |
|---|---|
| Nom: | <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur |
| Prénom: | Adresse: |
| Date de naissance: | N° postal: |
| N° de portable: | Localité: |
| N° téléphone fixe: | E-mail: |
| Nationalité: | Poids: Taille: |
| Etat civil: | Emploi/Profession: |
| Personne de contact en cas d'urgence (nom + téléphone): | |
| Médecin traitant: | |
| Nombre d'enfants: | |
| Caisse maladie complémentaire: | |
| Comment avez-vous entendu parler du cabinet? | |
| Avez-vous déjà eu recours à l'acupuncture ou à la médecine chinoise par le passé? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

- Si vous devez changer la date de votre rendez-vous ou l'annuler, veuillez nous contacter le plus rapidement possible. Tout rendez-vous non annulé 24h à l'avance peut être facturé.
- Les conditions individuelles de remboursement des soins sont à vérifier directement auprès de votre assurance complémentaire.
- Veuillez être attentif au fait qu'un traitement en médecine chinoise est une démarche thérapeutique complémentaire et ne constitue pas un substitut aux soins médicaux conventionnels.

Les informations que j'ai fournies dans ce questionnaire sont correctes et complètes, au mieux de ma connaissance

Date: _____ Signature: _____

Maladies infantiles et vaccinations

| | |
|---|---------------------|
| Avez-vous eu des maladies infantiles? | Si oui, lesquelles? |
| Avez-vous effectué des vaccinations inhabituelles ou fait des réactions aux vaccins ? | |

Historique familial

| Maladies | Père | Mère | Frères ou soeurs | Grands-parents |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladies cardio-vasculaires ou AVC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypertension | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cholestérol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Obésité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladies psychiques/neurologiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladies auto-immunes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problèmes articulaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Migraines | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il d'autres maladies dans votre famille ? | | | | |

Historique de votre naissance et de la grossesse de votre mère (si disponible)

| | |
|--|---|
| Naissance: | <input type="checkbox"/> Par voie basse <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/> Prématurée |
| Difficultés lors de l'accouchement? | <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Accouchement long <input type="checkbox"/> Complications: |
| Lors de la grossesse, votre mère a-t-elle souffert de? | <input type="checkbox"/> Consommation d'alcool <input type="checkbox"/> Tabagisme <input type="checkbox"/> Prise de médicaments: <input type="checkbox"/> Maladies physiques ou problèmes émotionnels sérieux: |

Hygiène et mode de vie

| | |
|---|---|
| Quelle est votre activité professionnelle et vos conditions de travail actuelles ? | |
| Dans quel type d'environnement vivez-vous ? | <input type="checkbox"/> Humide <input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Chaud <input type="checkbox"/> Frais <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Autre: |
| Avez-vous (ou avez-vous eu) des contacts répétés avec des produits chimiques/polluants? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels: |
| Pratiquez-vous de l'exercice physique? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Rarement |
| Quel(s) type(s) activité(s) et à quelle fréquence? | |
| Fumez-vous? | <input type="checkbox"/> Oui : depuis quand? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> J'ai arrêté Combien de cigarettes par jour? Souhaitez-vous arrêter? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Consommez-vous régulièrement des boissons alcoolisées? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien par jour en moyenne? |
| Consommez-vous des stupéfiants/drogues récréatives? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui: De quelle sorte? : A quelle fréquence? : |

Régime et habitudes alimentaires

| | |
|--|--|
| Quel est votre régime alimentaire? | <input type="checkbox"/> Omnivore (mange de tout) <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> Paléo <input type="checkbox"/> Autre: |
| Avez-vous des intolérances alimentaires? Si oui lesquelles? | |
| Combien environ buvez-vous par jour? | |

Immunité

| | |
|--|---|
| Comment cicatrisez-vous les plaies/blessures physiques? | <input type="checkbox"/> Lentement <input type="checkbox"/> Normalement <input type="checkbox"/> Rapidement <input type="checkbox"/> Plaies s'infectant facilement |
| Tombez-vous fréquemment malade? (refroidissements, rhumes, grippe...) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quel type d'affections? |

Evaluation de votre état de santé global

| | |
|--|-------|
| Comment évalueriez-vous votre niveau de santé général actuel sur une échelle de 0 à 100 : (de 0 très mauvais à 100 excellent) | / 100 |
|--|-------|

Relation aux conditions climatiques

Etes-vous une personne plutôt : Réchauffée Frileuse Ni l'un ni l'autre

Quelle est votre réaction particulière à ces différentes conditions?

| | Très attiré | Attiré | Neutre | Je n'aime pas | Je déteste |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Froid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chaleur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vent, courants d'air | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Humidité, brouillard ou pluie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sécheresse, air sec | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Printemps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Automne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hiver | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Froid et chaleur

Quelle est votre sensation générale de ces différentes parties de votre corps?

| | Gelé | Froid | Normal | Chaud | Brûlant |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Corps en général | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mains | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pieds | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abdomen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tête | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poitrine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ces sensations thermiques sont présentes: Tout le temps Parfois Lors de stress Lors de fatigue
 A certaines saisons:

En dehors d'épisodes de grippe ou refroidissements, souffrez-vous de:

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre basse | <input type="checkbox"/> Fièvre intermittente | <input type="checkbox"/> Alternance frissons et chaleur |
| <input type="checkbox"/> Sensation de chaleur (sans fièvre) | <input type="checkbox"/> Frissons ou crainte du froid | <input type="checkbox"/> Frissons et chaleur simultanés |
| <input type="checkbox"/> Pieds moites | <input type="checkbox"/> Mains moites | <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleur jour et nuit |
| <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleur la journée | <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleur la nuit | |