

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.

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

- 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: _____

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?
Avez vous eu des maladies infantiles?	Si oui, lesquelles?
Avez-vous fait des effets secondaires significatifs suite à une vaccination ?	

Lieux, temps et climat

Avez-vous des symptômes se manifestant/s'aggravant à une heure particulière du jour ou de la nuit ?	
Avez-vous des symptômes se manifestant uniquement/principalement en certains lieux géographiques ?	
Avez-vous des symptômes relié(s) à des conditions climatiques (chaud, froid, humidité, vent, sécheresse) ou à des saisons ?	

Froid et chaleur

Etes-vous une personne plutôt :	<input type="checkbox"/> Réchauffée <input type="checkbox"/> Frileuse <input type="checkbox"/> Ni l'un ni l'autre
Avez-vous des parties du corps mal réchauffées (froides) ou ayant une sensation de chaleur ?	Si oui, lesquelles ? Est-ce constant ou liés à un facteur particulier ? (fatigue, stress, heure de la journée, saisons)
En dehors d'épisodes de grippe ou refroidissements, souffrez-vous de :	<input type="checkbox"/> Fièvre, sensations de chaleur ou bouffées de chaleur ? <input type="checkbox"/> Frissons ou crainte du froid ? <input type="checkbox"/> Alternance de frissons et chaleur ?

Anciennes blessures

Avez-vous des cicatrices ? Si oui, où ? et suite à quel problème ?	
Avez-vous des séquelles (blessures incomplètement guéries suite à accident ou maladie) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez décrire le problème :
Quelque chose vous est-il arrivé au niveau de votre santé et vous n'avez « jamais été bien depuis » ?	
Avez-vous eu des problèmes dentaires significatifs ?	<input type="checkbox"/> Accident dentaire <input type="checkbox"/> Traitement de racine <input type="checkbox"/> Extraction de dent <input type="checkbox"/> Cavitation osseuse dentaire <input type="checkbox"/> Infections/abcès <input type="checkbox"/> Autre:
Avez-vous une prothèse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous un pacemaker ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Checklist général

Souffrez-vous ou avez-vous souffert par le passé de :	
<input type="checkbox"/> Naissance prématurée ou accouchement difficile de votre mère	<input type="checkbox"/> Piqûre de tique
<input type="checkbox"/> Problème pendant la grossesse de votre mère	<input type="checkbox"/> Chute/coup à la tête
<input type="checkbox"/> Maladie tropicale :	<input type="checkbox"/> Fracture osseuses
<input type="checkbox"/> Maladie parasitaire :	<input type="checkbox"/> Exposition à des produits chimiques
<input type="checkbox"/> Maladie auto-immune :	<input type="checkbox"/> Exposition connue à des polluants spécifiques
<input type="checkbox"/> Maladie génétique :	<input type="checkbox"/> Mycose/Candidose
<input type="checkbox"/> Maladie infectieuse :	<input type="checkbox"/> Kystes/masses/tumeurs
<input type="checkbox"/> Maladie sexuellement transmissible :	<input type="checkbox"/> Malformations congénitales :

Etat de santé global et vitalité

Quel est votre niveau d'énergie vitale générale ?	<input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Médiocre <input type="checkbox"/> Mauvais
Souffrez-vous de fatigue à des moments de la journée particuliers ?	
Comment évalueriez-vous votre niveau de santé général actuel sur une échelle de 0 à 100 : (de 0 très mauvais à 100 excellent)	/ 100