

ANTHONY FARLEY
ACUPUNCTURE HERBS MASSAGE

Fiche nouveau patient

Nom complet: _____ Date du jour: _____

Age: _____ Profession: _____

Téléphone: _____

Email : _____

Adresse complète: _____

Questions d'ordre général

Avez-vous déjà reçu un traitement d'acupuncture? _____

Besoin ou raison qui motive votre rdv? _____

Depuis combien de temps rencontrez-vous ce problème? _____

Quelle en est la cause principale d'après vous? _____

Qu'est-ce qui semble soulager votre mal? _____

Qu'est-ce qui semble l'aggraver? _____

Décrivez la douleur:

terne ___ agressive ___ aigüe ___ soudaine ___ brulante ___

Qu'est-ce qui soulage la la douleur:

chaud ___ froid ___ pression ___ bouger ___ massage ___ autre ___

Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous votre douleur? _____

Hérédité et vécu

Listez vos allergies s'il y en a: _____

Artériosclérose? _____ Cancer? _____ Diabète? _____ Asthme? _____

Maladie cardiaque? _____ Pression artérielle? _____ Alcoolisme? _____

Autre? _____

Prenez-vous un traitement médicamenteux? Si oui lequel et à quelle fréquence? _____

Prenez-vous des compléments alimentaires ou des vitamines? _____

Dites si vous êtes sujet à :

Arthrite : _____ Asthme: _____ Allergies: _____ Apendicite : _____

Pression artérielle haute : _____ Pression artérielle basse: _____

Cancer : _____ Diabète : _____ Dépression : _____

Emphysème: _____ Epilepsie : _____ Endométriose: _____

Eczéma : _____ Problèmes de peau : _____ Goitre : _____

Goutte : _____ Problèmes cardiaques : _____ Hépatite: _____

Problèmes de foie : _____ Problèmes aux reins : _____

Maladie mentale : _____ Migraines: _____ Thyroïde: _____

Ulcères : _____ Infections urinaires: _____

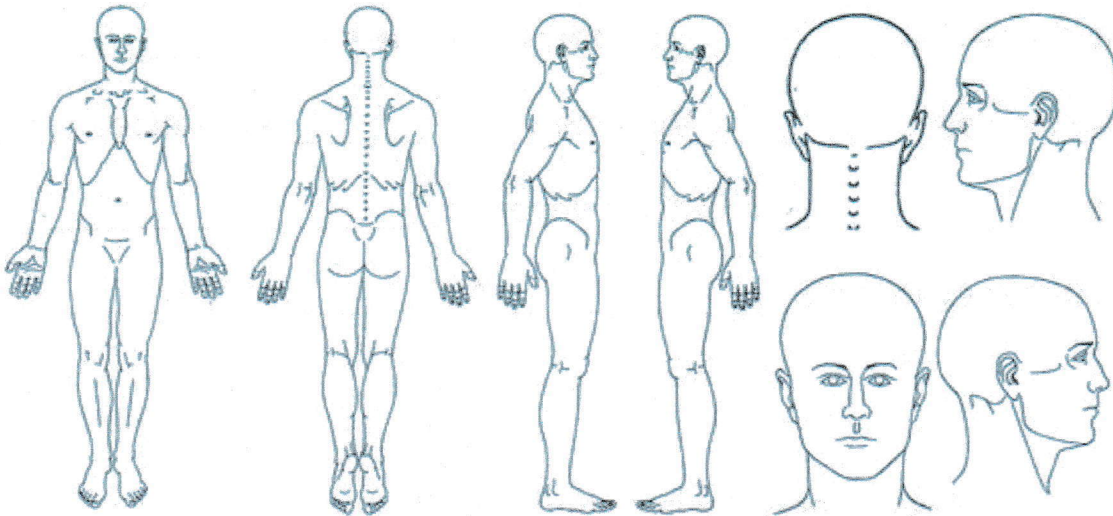
Crises (types épilepsie): _____ AVC: _____

Avez-vous subi des interventions chirurgicales? _____

Principaux traumatismes : _____

Veillez enfin indiquer d'autres informations que vous jugez importantes de porter à ma connaissance:

Pouvez-vous indiquer les endroits où vous souffrez?



J'atteste de la véracité des informations que j'ai transmises via ce document, et qu'il est de mon entière responsabilité d'informer mon acupuncteur à tout moment de mon traitement si l'une de ces informations venait à changer.

Signature du patient : _____ Date : _____