CLINIQUE
BRIGITTE MAHEUX

Date :

Renseignements personnels

Nom :	Sexe	Date de naissance	
Adresse complète :			
Dominance des mains	Droitier ☐	Gaucher ☐	Ambidextre ☐
Courriel :	Êtes-vous référé par un médecin?	Qui?	
Téléphone (cell)	Êtes-vous référé par quelqu'un?	Qui?	
Téléphone (Tra) :	Publicité?	Où?	

Motif de la consultation?

Quand vos symptômes (douleur, faiblesse, engourdissements) ont-ils débuté?

Quelle serait la cause de vos douleurs ou de vos symptômes?

Raconter :

Comment les symptômes ont-ils évolués depuis le début? Améliorés ☐ Empirés ☐ Statut quo ☐

Avez-vous déjà eu ce problème? Oui ☐ Non ☐ Combien de fois ?

Avez-vous déjà été traité pour ce problème ? Oui ☐ Non ☐

Si oui cochez le traitement	Physiothérapie ☐	Ostéopathie ☐	Massothérapie ☐	Acupuncture ☐	Homéopathie ☐
	Naturopathie ☐	Chiropractie ☐	Autres		
Quand					
Les résultats					

Avez-vous eu des radiographies ? Oui ☐ Non ☐

Résultat	
D'autres tests? (Échographie, arthrographie, IRM, scanner, etc.)	
Résultat	

Prenez-vous des médicaments ? Oui ☐ Non ☐

Lesquels	
Pour quelles conditions?	

Avez-vous de la difficulté avec vos activités quotidiennes ? Oui ☐ Non ☐ Si oui cochez les situations

M'habiller ☐ Me laver ☐ Manger ☐ Aller à la toilette ☐ Conduire l'auto ☐

Autres (préciser)

Avez-vous de la difficulté avec vos activités domestiques ? Oui ☐ Non ☐ Si oui cochez les situations

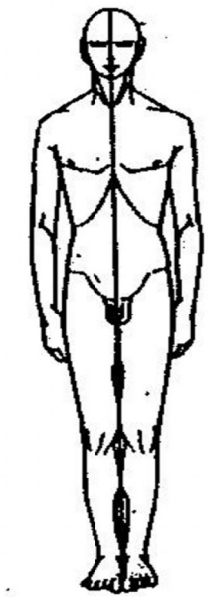
Balayeuse ☐	Faire à manger ☐	Faire la vaisselle ☐	Faire le lit ☐	Faire l'épicerie ☐
Nettoyer ☐	Faire la lessive ☐	Donner le bain aux enfants ☐	Tenir le bébé ☐	

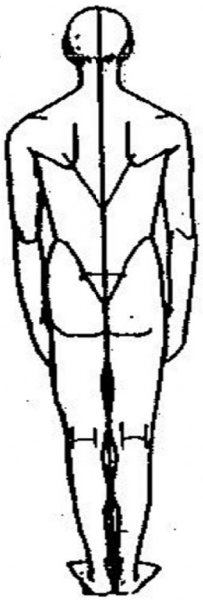
Autres (préciser)

Noircissez ou encerclez tous les endroits douloureux

Utilisez l'outil du pdf pour dessiner. Si vous utilisez Windows 10 ou 11, écrivez dans la case sous le dessin les zones douloureuses de votre corps. (La fonction crayon dans le fureteur Edge ne fonctionne pas à l'impression du document).

Décrivez **le type** de douleur pour chaque endroit. Exemple : chaleur, brûlure, coup de couteau, choc électrique, serrement, raideur, coup de marteau, douleur musculaire, nerf coincé, lancinante, meurtrissure (bleu)

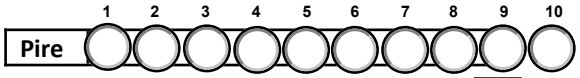




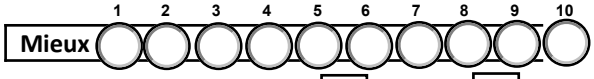
Type de douleur :	Type de douleur :	Type de douleur :

Est-ce que votre douleur est toujours présente? Oui ☐ Non ☐

Intensité : Sur l'échelle de 0 à 10, à quelle intensité se situe votre douleur au pire moment de la journée et sur la deuxième ligne au meilleur moment de la journée.



Quand (cochez) Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐ Nuit ☐



Quand (cochez) Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐ Nuit ☐

Décrivez ce qui augmente votre douleur (ex : marche, assis, en auto, se pencher, tousser, toilettes)

Décrivez ce qui diminue votre douleur (ex : glace, chaleur, couché, assis, marche, exercice)

Cochez si vous ressentez l'un des symptômes suivants. Préciser sur quel endroit du corps. Vous pouvez utiliser les schémas corporels dessinées ci-haut.

Engourdissements ☐ Picotements ☐ Faiblesse ☐

Nausée ☐ Étourdissement ☐ Céphalée (maux de tête) ☐

Antécédents **:** Inscrire tous les évènements passés importants en rapport avec votre santé physique ou mentale.
Ex : hospitalisation, chirurgie, accident, burn-out, arrêt de travail, dépression.

Date	**Évènement**

Affections associées **:** cochez tous les autres signes et symptômes dont vous souffrez *maintenant ou à l'occasion*

Trouble digestif	Constipation ☐	Diarrhée ☐	Digestion ☐		
	Autres préciser				
Trouble circulatoire	Hypertension artérielle ☐	Hypotension ☐			
	Autres préciser				
Trouble cardiaque	Angine ☐	Arythmie ☐			
	Autres préciser				
Trouble génito-urinaire	Préciser				
Diabète	☐				
Épilepsie	☐				
Maux de tête	Migraine ☐	Céphalée de tension ☐	Douleur à la mâchoire ☐		
	Autres préciser				
Douleur aux articulations	Arthrose ☐	Arthrite ☐	Tendinite ☐	Bursite ☐	
Lesquelles?	Pied ☐	Cheville ☐	Genou ☐	Hanche ☐	Bas du dos ☐
	Cou ☐	Épaule ☐	Coude ☐	Poignet ☐	Main ☐
Hernie discale	Cou ☐	Dos ☐			
Allergie	Préciser				
Maladie de peau	Préciser				
Troubles psychologiques	Stress ☐	Phobie ☐	Angoisse ☐	Paranoïa ☐	Dépression ☐
Insomnie	Préciser				
Pour les femmes	Enceinte ☐	Syndrome prémenstruel ☐	Ménopause difficile ☐		

Inscrire tout autre trouble dont vous souffrez actuellement et qui n'est pas inscrit dans cette liste.

Travail

Type de travail	
Nombre d'heure assis	Effort physique requis
Niveau de stress	

Loisirs et sports

Milieu de vie (cochez)

Je vis seul(e) ☐	Accompagné(e) ☐	Maison de retraite ☐		
Sans enfants ☐	Nouveau-né ☐	Jeune(s) enfant(s) ☐	Adolescent ☐	Adulte ☐
Je m'occupe d'un parent malade ☐	Chez-moi ☐	À l'hôpital ☐		

Marche

Boitez-vous?	Oui		Non					
Utilisez-vous une aide à la marche?	Oui		Non					
Si oui, cochez le moyen		Canne		Béquille		Marchette		Chaise roulante	
Est-il difficile de monter/descendre les escaliers?	Oui		Non					

Transferts

Est-il difficile de changer de position?	Oui		Non					
Si oui, cochez les situations	Assis à debout		Debout à assis		Coucher à assis		Assis à coucher	
	Tourner dans le lit		Accroupi à debout		Debout à accroupi			
	S'asseoir/se lever de l'auto							
	Autres							

Habitudes de vie

Fumez-vous du tabac?	Oui		Non					
Alcool?	Jamais		La fin de semaine		À tous les jours		Trop selon vous	
Drogues?	Jamais		Parfois		Très souvent			
Suivez-vous une diète particulière?								
Il y a-t-il des aliments ou des boissons que vous évitez de consommer et pourquoi?	Lesquels							

Consentement en regard de la Loi 25 sur les renseignements personnels

En signant ce consentement, vous confirmez avoir lu et compris la Politique de gestion des renseignements personnels de Brigitte Maheux, Ostéopathe. Vous consentez expressément à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels conformément à cette politique. Nous vous assurons que vos informations seront traitées avec le plus grand respect de la confidentialité et utilisées exclusivement dans le cadre de la prestation de services ostéopathiques.

Nom : _____

Signature : _____

Date : _____

Consentement pour infolettre

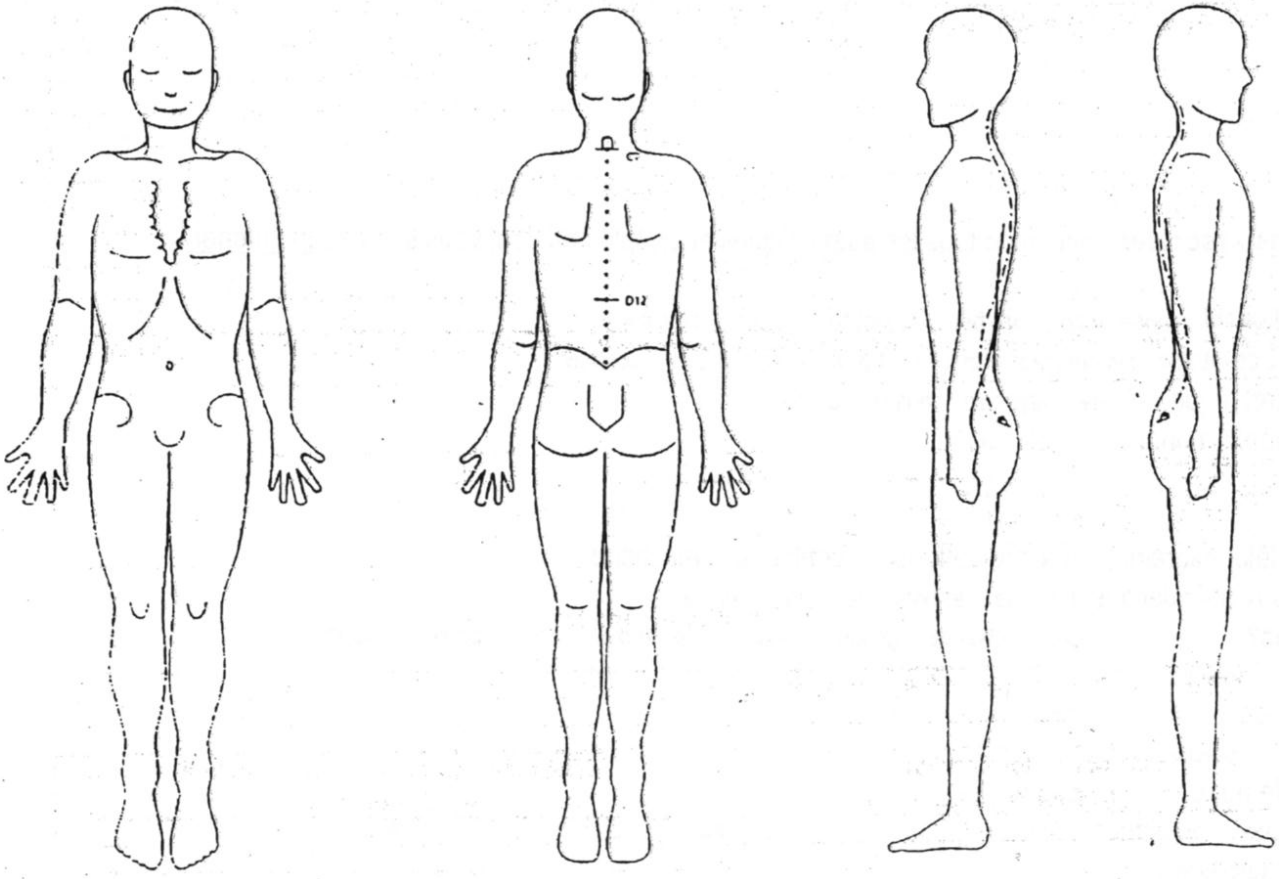
Autorisation de recevoir des informations par courriel concernant les services connexes à l'ostéopathie que je propose. Cela inclut des événements tels que des séances de méditation, des cours d'exercices et des rencontres sur la communication avec bébé. Je m'engage à ne pas vendre ni partager ma liste de diffusion par courriel avec des tiers.

Adresse courriel : _____

Section réservée à Brigitte Maheux pour l'évaluation en clinique

La clinique externe du Collège d'Études Ostéopathiques **Nom :** _____ **Date Naissance :** ____/____/____

2. Évaluation objective ostéopathique



Tests ostéopathiques

Observations générales : œdème, température de peau, position antalgique, rougeur, cicatrice, marche
Posture (typologie, alignement, zones de tension, cellulalgie) :
Debout
Assis
Décubitus

Tests de mobilité crânienne (SSB) :
Position :
Mobilité :
Vitalité :
Comères : (d)
(g)
Sphères :
PMD :
PMA :
Downing :
Autres :