



Consultation ostéopathique

Nom-Prénom: _____ F H Date de naissance: _____

Téléphone domicile: _____ Cellulaire: _____ Email: _____

Médecin de famille - Nom et adresse: _____

_____ Pouvons nous le contacter ? Oui Non

Votre motif de consultation: _____

Depuis quand ? _____

Comment est-ce arrivé ? _____

Avez vous déjà eu ce genre de douleurs ? Oui Non Qu'avez-vous fait ? _____

Est-ce lié au : Travail ? Oui Non **Votre employeur est-il au courant ?** Oui Non

Avez vous déjà eu un accident de voiture ? Oui Non Date : _____

Depuis l'apparition de votre douleur, la situation s'est Améliorée Aggravée N'a pas changée

Qu'avez vous fait pour soulager cette douleur ? _____

Avez vous effectué des radios, IRM ou d'autres imageries ? Lesquelles et quand ? (Pensez à les apporter avec vous s'il vous plait)

Entourez le mot qui correspond au mieux à votre état de santé général.

Excellent	Bon	Acceptable	Inquiet	Concerné	Très préoccupé
Frustré	Douloureux	Alarmé	Découragé	Insupportable	

Avez-vous connu un bouleversement majeur dans votre vie Oui Non **Expliquez:** _____

Avez-vous (ou un des membres de votre famille) été diagnostiqué pour l'une de ces pathologies suivantes ?

Pression artérielle élevée Oui Non Famille _____

Artériosclérose Oui Non Famille _____

Diabète (I – II) Oui Non Famille _____

Tuberculose Oui Non Famille _____

Cancer, localisation ? Oui Non Famille _____

Pathologies cardiaques Oui Non Famille _____

Accident vasculaire cérébral Oui Non Famille _____

Ostéoporse Oui Non Famille _____

Ostéophytes aux cervicales Oui Non **Whiplash - Commotion** (coup du lapin) Oui Non

Etes vous fumeur ? Oui Non Depuis _____ à _____

Troubles visuels (flou, perte visuel, vision double) Oui Non

Troubles auditifs (perte, bourdonnement, autres bruits) Oui Non

Troubles de l'élocution ou autre troubles Oui Non

Difficulté à avaler Oui Non

Vertiges Oui Non

Perte de conscience, même spontanée Oui Non

Effondrement soudain sans perte de connaissance Oui Non

Engourdissement, perte de sensation, de force ou de faiblesses dans le visage, les doigts, les mains, les bras, les jambes ou autres parties du corps. Oui Non

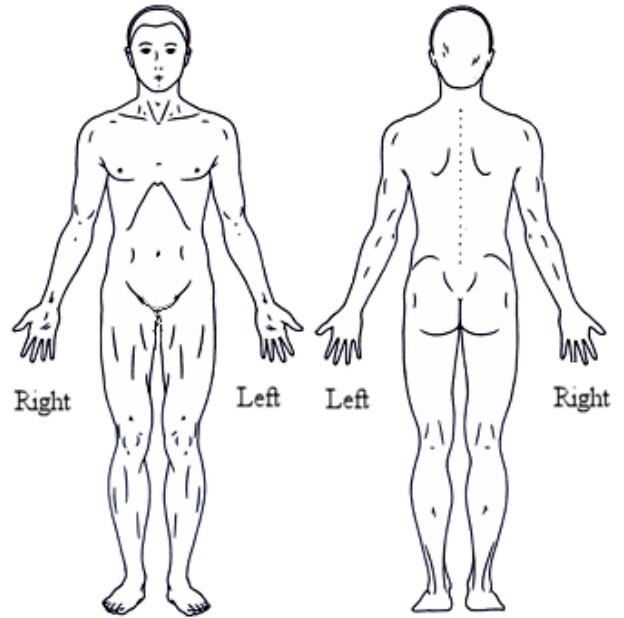
Qu'attendez-vous de votre consultation aujourd'hui ?

- Un soulagement de votre douleur Une explication de votre état actuel
- Connaître des étirements Un rétablissement sur le long terme.

Commenter: _____

Indiquez et localisez, grâce aux symboles, votre douleur :

- X = Douleur**
- O = Engourdissement**
- Z = Fourmillement**
- / = Autre _____**



Cette échelle vous permet de quantifier votre douleur actuelle. Entourez le chiffre vous correspondant.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

AUCUNE DOULEUR

DOULEUR EXTREME

Remarques :

Consentement éclairé au traitement

Je comprends que les praticiens d'ostéopathie à Ottawa Holistic Wellness utilisent les principes et les pratiques de l'ostéopathie, un médicament naturel qui vise à restaurer la fonction dans le corps en traitant les causes de la douleur et le déséquilibre. Ce traitement est basé sur la pratique manuelle de l'ostéopathie et peut contenir une partie ou l'ensemble des éléments suivants: mobilisation douce des articulations, des muscles, du tissu conjonctif, des fluides, des viscères et des voies nerveuses. Il combine différentes techniques manuelles basées sur les principes du diagnostic et du traitement de l'ostéopathie, y compris des conseils sur la posture et des exercices dans le cadre de l'ostéopathie.

Je comprends que le traitement et les conseils fournis par le praticien ne prennent pas la place ou à l'exclusion de tout autre traitement ou avis que je reçois ou que je recevrai à l'avenir par un médecin, un chirurgien ou un autre professionnel de la santé accréditée.

Je comprends que je dois continuer tous les médicaments et autres modalités de traitement comme ils l'ont prescrit, sauf indication contraire du médecin qui les a prescrits.

Je suis responsable d'informer mon praticien de tout état de santé, de blessure ou de maladie préexistante et d'informer le praticien de tout changement dans mon état de santé au cours du traitement.

Je comprends que, parfois, mon praticien peut demander que je retire mes vêtements, en conservant mes sous-vêtements, afin de faciliter le traitement le plus efficace et que ce soit mon choix de le faire ou non. C'est ma responsabilité d'informer mon praticien si je ne suis pas à l'aise de retirer ce vêtement.

Je comprends que mon praticien se réserve le droit d'interrompre les services lorsqu'il est évident que mes attentes et le type de services fournis ne sont pas compatibles.

Je comprends qu'un dossier confidentiel sera conservé sur les services de santé qui m'ont été fournis et que je pourrais consulter mes dossiers à tout moment.

Je comprends que les résultats ne sont pas garantis. Je ne m'attends pas à ce que mon praticien puisse anticiper et expliquer tous les risques et complications. Avec cette connaissance, je consens volontairement aux soins d'ostéopathie. Ce formulaire de consentement couvre tous les traitements. Je comprends que je suis libre de retirer mon consentement à tout moment.

Nom du Patient : _____ Nom du tuteur : _____

Signature Patient / Tuteur : _____ Date : _____