

Consultation ostéopathique - Français

Carl Teychené-Coutet, D.O.M.P.

Nom-Prénom : _____ F H Age : _____

Phone: _____ Email: _____ Avez déjà vu un ostéopathe auparavant ? O N

Médecin de famille - Nom et adresse: _____

_____ Pouvons nous le contacter ? O N

Votre motif de consultation: _____

Depuis quand ? _____ Comment est-ce arrivé ? _____

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

Est-ce lié au : Au travail ? Oui Non À une activité sportive ? Oui Non

Avez vous déjà eu un accident de voiture – une commotion cérébrale ? Oui Non Date : _____

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

Avez – vous des engourdissements, 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 Précisez : _____

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

Qu'avez vous fait pour soulager cette douleur ? _____

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

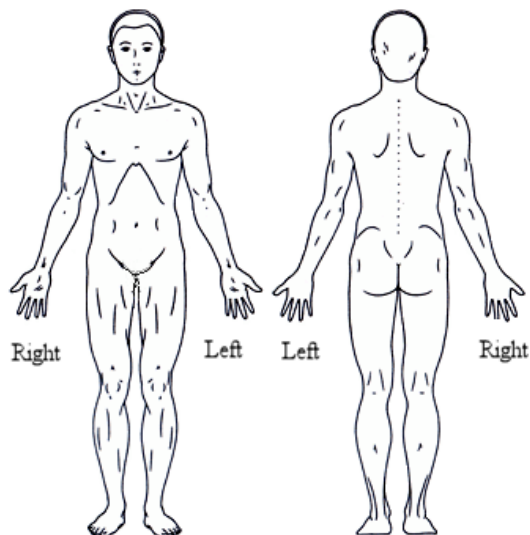
Indiquez et localisez, grâce aux symboles, votre douleur :

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

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 accrédité.

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 : _____