

Patient :

Date de l'évaluation initiale :

Date d'ouverture du dossier : _____ / _____ / _____

Renseignements personnels

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Date de naissance (AAAA/MM/JJ) : _____ / _____ / _____ Âge : _____ Sexe : M / F

État civil : Marié(e) / Conjoint / Célibataire ou divorcé Dominance : Droitier / Gaucher / Ambidextre

Adresse : _____

Ville : _____ Domicile : _____

Téléphone : Travail : _____

Code postal : _____ Cellulaire : _____

Adresse électronique (email) : _____

Patient S.A.A.Q. ou C.S.S.T. : Date de l'accident: _____ # dossier : _____

Détenez-vous des assurances pour la physiothérapie ? Oui / Non compagnie d'ass. _____

Médecin de famille : _____

Médecin référant ou spécialiste : _____

Travail/Profession et Employeur : _____

Exigences (complété par votre physiothérapeute) : Assis _____ Debout _____ Marche _____

Sports et Loisirs : _____

Prenez-vous de la médication pour d'autres conditions que la condition pour laquelle vous consultez aujourd'hui : Oui / Non Si oui, lesquels : _____

Avez-vous des antécédants médicaux familiaux, lesquels : _____

Inscrivez vos conditions médicales actuelles connues (par exemple : haute pression, diabète, arthrose des hanches, pacemaker, fibromyalgie, etc.): fumeur / non-fumeur _____

Inscrivez et détaillez brièvement vos antécédants médicaux personnels (par exemple : fracture poignet droit 1998, opération ménisque interne genou gauche 2001, crise cardiaque et pontage 1978, entorse lombaire 2009, luxation épaule droit il y a environ 15 ans, hystérectomie il y a environ 10 ans, etc.) (les dates peuvent être approximatives): _____