

Date : _____

Nom: _____ Âge: _____ Date de naissance: _____
jour mois année

Adresse: _____

Ville: _____ Prov: _____ Code Postale: _____

Adresse électronique: _____ Assurance maladie _____

Numéro de téléphone à domicile: _____ au travail: _____

Hauteur _____ Poids _____ Groupe sanguin _____

Êtes-vous actuellement sur les médicaments d'ordonnance? Oui ____ Non ____

Si oui, sont-ils remplis à Ford's? Oui ____ Non ____

Si vos ordonnances ne sont pas actuellement remplies avec nous, seriez-vous intéressé à les transférer vers Ford's? Oui ____ Non ____

Si oui, s'il vous plaît communiquer avec la pharmacie au 506-853-0830 ou 888-644-3673.

<i>Principaux problèmes de santé actuels</i>	<i>Début</i>	<i>Traitements essayés</i>	<i>Résultats des traitements</i>

Motifs de votre consultation?

<i>Médicaments pris en ce moment</i>	<i>Dose & fréquence</i>	<i>Résultat</i>

<i>Vitamines, plantes, etc.</i>	<i>Dose & fréquence</i>	<i>Résultat</i>

Est-ce que vous **fumez**? Oui ___ Non ___ En quelle quantité? _____

Auparavant

Est-ce que vous **chiquez**? Oui ___ Non ___ En quelle quantité? _____

Auparavant

Combien de temps?

Est-ce que vous consommez des **boissons gazeuses**? Oui ___ Non ___ En quelle quantité? _____

Auparavant

Combien de temps?

Est-ce que vous consommez de la **caféine**? Oui ___ Non ___ En quelle quantité? _____

Auparavant

Combien de temps?

Est-ce que vous consommez de **l'alcool**? Oui ___ Non ___ En quelle quantité? _____

Auparavant

Combien de temps?

Est-ce que vous prenez des drogues? Oui ___ Non ___ En quelle quantité? _____

Allergie aux médicaments ? Lesquels ?

Allergies aux suppléments ? Lesquels ?

Allergies alimentaires	Allergies aux substances aériennes	Sensibilités aux produits chimiques
<input type="checkbox"/> produits laitiers	<input type="checkbox"/> poussière	<input type="checkbox"/> chlore, aldéhyde formique
<input type="checkbox"/> blé, grains	<input type="checkbox"/> herbe, arbres, pollen	<input type="checkbox"/> produits cosmétiques, parfums
<input type="checkbox"/> soya	<input type="checkbox"/> moisissure	<input type="checkbox"/> détergents, nettoyeurs
<input type="checkbox"/> papier journal, produits pétrochimiques	<input type="checkbox"/> pellicule animale	<input type="checkbox"/> essence, colles, peinture, colorants

Date de blessures:

Date d'hospitalisations et chirurgies:

Date de voyages à l'étranger:

Date de morsures d'animaux ou d'insectes:

Types de soins de santé traditionnels et alternatifs utilisés dans le passé et à présent. Indiquer les résultats avec \checkmark ou x .

Spécialtiés médicales	Résultats	Spécialtiés médicales	Résultats
soins de santé primaires		médecine interne	
cardiologie		neurologie	
oncologie		psychiatrie / psychologie	
orthopédie / physiothérapie		rhumatologie	
endocrinologie		urologie / gynécologie	
gastroentérologie		AUTRE:	

Complémentaires	Résultats	Complémentaires	Résultats
acupuncture		naturopathie	
ayurveda		Soins nutritionnels / plantes	
chiropractie		ostéopathie	
homéopathie		réflexologie / reiki	
hypnothérapie		spirituel / énergie	
massage / shiatsu		AUTRE:	

Recevez-vous des prestations d'invalidité?		Représentez-vous une tierce personne?	
Est-ce un cas d'indemnité pour accident du travail?		Avez-vois entamé une poursuite judiciaire pour un problème de santé?	

Examens / Test (Adulte)	Date	Résultats	Examens / Test (Adulte)	Date	Résultats
examen clinique complet			Hommes: examen prostatique		
ECG (électrocardiogramme)			test PSA (antigène prostate-spéifique)		
hémoculture (sang dans les selles)			Ostéodensitométrie (vérification de la densité du tissu osseux)		
test à l'effort cardiaque			Femmes: frottis vaginal (test de Papanicolaou)		
Coloscopie (examen du colon)			examen du sein		
IRM (imagerie par résonance magnétique)			Mammographie		
Examen radiologique (rayons-X)			dernière menstruation		
Soins dentaire			Ostéodensitométrie (vérification de la densité du tissu osseux)		
AUTRE:					

✓	Niveau d'activité
	sédentaire : inactif par choix
	sédentaire : inactif en raison d'incapacité
	léger : travail quotidien léger, aucun exercice régulier
	modéré 1 : sédentaire au travail + exercices 3 x par semaine
	modéré 2 : travail quotidien léger + exercices 3 x par semaine
	soutenu : travail quotidien modéré + exercices 5 x par semaine
	elevé : travail quotidien intense + exercice intensif 5 x par semaine
	intense : athlète d'élite. Séances d'entraînement intensif 20 heures par semaine

Coter 0-3	Agents stressants qui affectent votre vie 0 = pas présent 1 = léger 2 = modéré 3 = grave
	difficultés au travail ou avec votre style de vie
	changements récents de votre état matrimonial
	décès ou maladie grave dans votre famille / vos ami(e)s
	famille dysfonctionnelle <input type="checkbox"/> passé <input type="checkbox"/> présent
	maladie personnelle et adaptation à la maladie
	manque d'amour ou de relation enrichissante
	sentiment d'isolement, détaché(e) des autres
	manque de prière / spiritualité / paix intérieure

Dossier médical

Antécédents médicaux : vous et votre famille

Des énoncés suivants, notez ceux qui s'appliquent à vous et votre famille – à présent ou dans le passé.

État	Vous	Membres de famille / liste	État	Vous	Membres de famille / liste
dependence à l'alcool			VIH / SIDA		
Autres dependence			problèmes hormonaux		
arthrite			hyperactivité / TDAH (1)		
anxiété / dépression			trouble d'apprentissage / TDD (2)		
asthme / bronchite			problèmes musculaires		
maladie auto-immune			problèmes neurologiques		
Problèmes de vessie / reins			problèmes psychologiques		
dégradation osseuse/ostéoporose			rhumatisme articulaire aigu		
cancer			maladies transmissibles sexuellement		
Diabète			troubles épileptiques		
problèmes intestinaux / digestifs			problèmes respiratoire / de sinus		
problèmes de l'ouïe / de la vue			problèmes de la peau / eczéma / acné		
troubles de l'alimentation			accident vasculaire cérébral		
condition génétique			troubles de la deglutition (à avaler)		
Goutte			troubles de la glande thyroïde		
maux de tête			ATM (3)		
Problèmes cardiaques			trouble viral		
hypertension artérielle			perte ou gain de poids		

(1) TDAH – trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

(2) TDD – trouble du développement (PDD – Pervasive Developmental Disorders)

(3) ATM – articulation temporo-mandibulaire

Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
État general du système immunitaire			
fatigue fréquente			
poids <input type="checkbox"/> gain <input type="checkbox"/> perte >10#			
chaud - intolérance à la chaleur			
froid – intolérance au froid			
transpiration facile			
absence de transpiration			
infections fréquentes			
maladies auto-immunes			
antécédents de la "mono" ou du "V.E.B." (virus d'Epstein-Barr)			
ganglions enflés			

Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Système endocrinien			
basse température du corps			
extrémités froides			
troubles de la glande thyroïde			
étourdissements en se levant			
hypotension artérielle			
Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Peau / ongles			
acné, eczéma, dermatose			
tâches brunes			
urticaire / éruptions cutanées			
Peau: qui démange, brûlante, sèche			
grasse			
pâle			
taches blanches: perte du pigmentation			
teint jaunâtre			
ongles: fragile, cassants			
cannelures, rainures blanches			
Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Tête et cou			
maux de tête			
migraines			
blessure à la tête			
douleur au visage / à la mâchoire			
douleur au cou, cou raide			
cheveux : cassants, secs			
perte de la couleur des cheveux			
perte de cheveux			
Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Yeux			
port de lunettes			
vision floue			
rougeur des yeux			
brûlants / secs / qui démangent			
cataractes			
corps flottants (vision de taches)			
glaucome / problème de la rétine			

Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Yeux cont'd			
paupières croûtées			
Sensibilité à la lumière			
héméralopie (défaut d'adaptation à l'obscurité)			
Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Muscles et articulations			
arthrite / douleur aux articulations			
douleur dans le dos / problèmes de disques			
bursite / tendinite			
douleurs musculaires			
crampes / spasmes des musculaires			
faiblesse dans les muscles			
Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Système neurologique			
geste maladroit			
convulsions / crises épileptiques			
pertes de connaissance			
névralgie / picotement			
engourdissement			
maladie de Raynaud			
mouvement spastique / tremblement			
Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Système Urinaire			
fréquentes infections de la vessie			
Présence de sang dans l'urine			
besoin d'uriner souvent			
incontinence			
calculs rénaux (pierres aux reins)			
douleurs / brûlures			
Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Comportement / Psychologie			
dépendances			
anxiété			
TDA – trouble déficitaire de l'attention			
comportement bizarre			
dépression			
retards de développement			
troubles de l'alimentation			

Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Comportement / Psychologie cont'd			
craintif, craintive / inquiet, inquiète			
hyperactivité / maniaque			
Insomnie			
inaptitude à se rappeler de ses rêves			
troubles d'apprentissage			
troubles de mémoire			
changements brusques d'humeur			
narcolepsie – excès de sommeil			
Comportement obsessionnel / compulsif			
phobies			
schizophrénie			
tendance suicidaire			
Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Système cardiovasculaire			
hypertension artérielle			
douleur à la poitrine			
étourdissements			
douleur dans les jambes en marchant			
palpitations / tachycardie			
accident vasculaire cérébral			
varicosités			
Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Oreilles			
otites			
perte de l'ouïe			
démangeaison			
cire dans l'oreille			
Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Nez			
qui saigne			
qui chauffe / sec / croûtes			
sinusite			
perte de l'odorat			

Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Bouche / Gorge			
saignement des gencives			
parodontite (perte de tissu osseux)			
bruxisme (grincement des dents)			
douleur au visage / à la mâchoire / ATM (articulation temporo-mandibulaire)			
plombages : argent / mercure			
gerçures aux lèvres			
ulcères dans la bouche			
troubles de la déglutition (difficulté à avaler)			
perte du goût			
langue fissurée			
voix rauque			
Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Système digestif			
éructation / gonflement / gaz			
colite / intestins irrités			
constipation			
diarrhée			
gastrite, douleur, ulcère			
brûlures d'estomac, reflux			
hémorroïdes / hémorragie rectale			
troubles du foie / de la vésicule biliaire			
nausée / vomissement			
selles : <input type="checkbox"/> vertes foncées <input type="checkbox"/> noires <input type="checkbox"/> présence de sang <input type="checkbox"/> présence de mucus <input type="checkbox"/> jaunes			
Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Système respiratoire			
asthme			
bronchite			
cancer – poumons			
problème d'origine chimique			
douleur à la poitrine			
rhume + grippe (fréquence)			
toux chronique			
emphysème			
problèmes causés par l'exercice			
souffle court			

Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Systèmes reproducteur masculin			
écoulement			
impuissance érectile			
douleur – testicules			
troubles de la prostate			
jet urinaire faible			
MTS (maladie transmissible sexuellement)			
Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Systèmes reproducteur féminin			
seins : cancer			
fibrokystiques			
douloureux			
endométriose			
fibromes / kystes			
hormonothérapie substitutive			
bouffées de chaleur			
crampes			
flux menstruel abondant			
irrégulier			
infertilité			
péri ménopause			
ménopause: naturelle			
chirurgicale			
sueurs nocturnes			
cancer utérin / ovarien			
pénétration douloureuse du vagin			
frottis vaginal (tests de Papanicolaou) – abnormal			
grossesses: incomplètes			
à terme			
MTS (maladies transmises sexuellement)			
vagin : sec			
infection			
inflammation			
vaginite à levures			

Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Ostéoporose			
Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
Contrôle du taux de glucose			
somnolence en après-midi			
envies excessives: beurre / gras			
aliments (faire la liste)			
glace			
fatigue postprandiale (après avoir mangé)			
maux de tête causés par la faim			
irritabilité causées par la faim			
sensation que quelque chose rampe sur la peau			
symptômes causés par des aliments			
Symptômes	Passé	Présent	Commentaires
AUTRE			
meilleur moment de la journée			
pire moment de la journée			
meilleure saison pour vous			
pire saison pour vous			