

- Quelle est votre position de travail? Debout Assis En mouvement
- Portez-vous ou avez-vous déjà eu des...? talonnettes semelles correctives / orthèses verres de contact
 stérilet pacemaker dentiers broches
- Habituellement, dormez-vous sur...? le dos le côté le ventre
- Combien dormez-vous d'heures par nuit? - 4h 5h 6h 7h 8h 9h 10h +
- Vous levez vous reposé? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Consommez-vous...?
 Si oui, indiquez combien
- | | | | |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|
| du tabac / cigarettes | _____ / jour | des légumes | _____ / jour |
| de l'alcool | _____ / sem | des fruits | _____ / jour |
| du café / thé | _____ / jour | de la viande | _____ / sem |
| des boissons gazeuses | _____ / jour | du poisson | _____ / sem |
| de l'eau | _____ / jour | | |
- des vitamines et suppléments alimentaires Oui Non
 lesquels : _____
- Faites-vous de l'exercice? Oui Non Nombre d'heures / semaine : _____
 lesquels : _____
- Êtes-vous enceinte ou croyez-vous l'être? Oui Non

Pour nous assurer de donner les meilleurs soins, nous désirons évaluer votre état de santé. Veuillez cocher la case appropriée à la fréquence des symptômes qui correspondent à votre état de santé. Si vous n'avez jamais eu ces malaises, ne cochez rien.

Parfois	Souvent	Sans arrêt		Parfois	Souvent	Sans arrêt		Parfois	Souvent	Sans arrêt	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	douleur au cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pieds froids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	souffle court
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	raideur au cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mains froides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	douleur poitrine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	douleur aux omoplates				engourdissement aux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	enflure
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	douleur lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bras / mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	allergies
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	douleur aux jambes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jambes / pieds				_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	douleur bras / mains					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	indigestions
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	brûlements d'estomac
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problème de vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diarrhée
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	constipation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problèmes urinaires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	insomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	douleur aux yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	crampes menstruelles
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tremblements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problèmes de peau
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	excès de transpiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

DÉCLARATION POUR TOUS

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et je consens à subir les examens nécessaires.

Signature : _____

Date : _____