

Questionnaire nouveau patient

Ostéopathie — à remplir avant votre première séance. Merci de répondre au mieux, il n'y a pas de mauvaise réponse : nous reprendrons ensemble chaque point pendant la consultation.

Cabinet (nom, adresse, téléphone)

1. Vous

NOM _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Profession _____

Téléphone _____ E-mail _____

Médecin traitant (nom, ville) _____

Vous êtes : ☐ droitier ☐ gaucher ☐ ambidextre

Comment avez-vous connu le cabinet ? ☐ bouche-à-oreille ☐ Google

☐ médecin / professionnel de santé ☐ autre

2. Ce qui vous amène

Motif de la consultation

Depuis quand ? _____ Apparition : ☐ progressive ☐ brutale

Un événement déclencheur (chute, effort, faux mouvement, choc, stress...) ?

Intensité de la gêne aujourd'hui (0 = aucune, 10 = maximale)

Avez-vous déjà consulté pour ce motif ? ☐ médecin ☐ kinésithérapeute ☐ autre ostéopathe ☐ non

Examens déjà réalisés (radio, échographie, IRM, prise de sang...) : ☐ non

☐ oui — apportez les comptes rendus si possible

3. Antécédents médicaux

Cochez ce qui vous concerne, actuellement ou par le passé :

☐ hypertension ☐ problème cardiaque ☐ diabète ☐ ostéoporose

☐ maladie inflammatoire / auto-immune

☐ cancer (actuel ou passé) ☐ migraines ☐ vertiges ☐ troubles digestifs ☐ anxiété / dépression

Autres maladies ou suivis en cours

4. Antécédents chirurgicaux et traumatiques

Opération, fracture, entorse, accident (voiture, sport...)	Année	Remarque

5. Traitements et allergies

Médicaments pris actuellement (nom et dose si vous les connaissez)

Prenez-vous un traitement qui fluidifie le sang (anticoagulant, antiagrégant) ? ☐ oui ☐ non

☐ je ne sais pas

Prenez-vous des corticoïdes au long cours ? ☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

Allergies (médicaments, produits, latex...)

6. Pour les patientes

Êtes-vous enceinte ou pensez-vous l'être ? ☐ oui — terme prévu :

 ☐ non ☐ non concernée

Accouchements (nombre, année, voie basse ou césarienne)

7. Pour un enfant (à remplir par le parent)

Déroulement de la grossesse et de la naissance

Pédiatre ou médecin qui suit l'enfant

 Allaitement / sommeil

8. Votre quotidien

Au travail : ☐ surtout assis ☐ surtout debout ☐ port de charges ☐ écran plusieurs heures ☐ conduite

Sport pratiqué (lequel, combien de fois par semaine)

Votre sommeil : ☐ bon ☐ moyen ☐ mauvais Votre niveau de stress : ☐ faible ☐ moyen ☐ élevé

Autre chose que vous souhaitez nous dire ?

Vos données. Les informations de ce questionnaire sont recueillies par votre ostéopathe pour votre prise en charge (article 9.2.h du RGPD). Elles sont réservées au praticien, conservées 20 ans après votre dernière consultation (jusqu'à vos 28 ans si vous êtes mineur), et vous pouvez y accéder ou demander leur rectification auprès du cabinet. Répondre à une question n'est jamais obligatoire : une information manquante sera simplement abordée pendant la séance.

Date

Nom et signature du patient (ou du représentant légal)
