

QUESTIONNAIRE SANTÉ - ÉTUDIANT(E)

Nom :	Date :
Adresse :	Code Postal :
	Téléphone :
Courriel :	Date naissance :

Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ou autre spécialiste de la santé ? Oui Non

Thérapeute :	Raison :	Depuis quand :
Thérapeute :	Raison :	Depuis quand :

Opérations ayant laissé des séquelles ou de la sensibilité

Région	Nature de l'opération	Depuis quand?	Sensible à la pression ?
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Accident ou chute ayant laissé des séquelles ou de la sensibilité (entorse, hernie, dislocation, fracture...)

Région et pathologie	Événement	Depuis quand?	Sensible à la pression ?
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Souffrez-vous de maladie ? (Diabète, haute ou basse pression, arthrite, fibromyalgie...) Oui Non

Maladie :	Depuis quand :	En contrôle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maladie :	Depuis quand :	En contrôle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Prenez-vous des médicaments sur une base régulière ? Oui Non

Médicament :	Depuis quand :	En contrôle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Médicament :	Depuis quand :	En contrôle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Lentilles cornéennes : Oui Non Pas aujourd'hui Êtes-vous enceinte ? : Oui Non Non applicable

Avez-vous des varices ? <input type="checkbox"/> Varicosités ? <input type="checkbox"/> Région(s)	Douleur : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
---	--

Avez-vous des allergies ? Oui Non Lesquelles :

Problèmes de peau ? Oui Non Lesquels :

Activités physiques :

Autres / Commentaires :
