

TMJ Clinic

Physiotherapy & Osteopathy

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : Mois _____ Jour _____ Année _____

Sexe : Féminin _____ Masculin _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ code postal : _____

Téléphone maison : _____ Travail : _____ Poste : _____

Cellulaire : _____

Courriel (pour rendez-vous en ligne seulement) : _____

Occupation : _____ Employeur : _____

Raison de consultation : _____

Date/début des symptômes : _____

Référé par : _____ Médecin de famille : _____

Chirurgies : _____

Médicaments: _____

Encerclez si vous avez :

Des prothèses, un stérilet, des problèmes cardiaques ou de pression sanguine, des implants métalliques, un stimulateur cardiaque, de l'hypoglycémie, le diabète, un cancer, l'épilepsie, une grossesse, des étourdissements, des engourdissements, des problèmes respiratoires ou autre(s) : _____

Êtes-vous allergique au latex? _____ Autres allergies : _____

S.V.P. noter: Votre participation active et régulière aux traitements de physiothérapie améliore la guérison et la réponse aux traitements. Veuillez aussi noter qu'afin de respecter les autres patients ainsi que les physiothérapeutes, il serait important de téléphoner 24 heures à l'avance pour annuler ou changer un rendez-vous afin de permettre à un autre patient de bénéficier d'un traitement. Un montant de 50,00\$ pourrait s'appliquer si cette procédure n'est pas suivie.

Signature : _____ Date : _____

Nom du Parent si moins de 18 ans : _____

Daniel Gagné, physiothérapeute et propriétaire de la clinique, est le gardien des renseignements personnels inclus dans ce dossier.

TMJ Clinic

Physiotherapy & Osteopathy

Autorisation pour divulgation d'information

J'autorise «TMJ physiotherapy clinic» ainsi que ses physiothérapeutes à divulguer sous forme de rapport et/ou de recommandation, l'information obtenue lors des évaluations et des rapports de physiothérapie (ex: rapport initial, conversation téléphonique...) aux autres professionnels de la santé qui ont mon dossier à charge.

Signature : _____ Date : _____

Autorisation pour obtenir de l'information

J'autorise «TMJ physiotherapy clinic» ainsi que ses physiothérapeutes à obtenir l'information jugée essentielle et pertinente aux conditions pour lesquelles je serai évalué(e), suivi(e), et/ou traité(e) en physiothérapie (rayon-x, etc...) des autres professionnels de la santé qui ont mon dossier à charge.

Signature : _____ Date : _____

Dans l'éventualité où ma/mes réclamation(s) auprès d'organismes (tels la SAAQ, CSST) ou toute autre compagnie d'assurance serait refusée, je m'engage pleinement à défrayer les coûts des frais de services et de consultation en physiothérapie.

Signature : _____ Date : _____

Je comprends les risques et bénéfices et je consens aux traitements expliqués.

Initiales _____ (à remplir après l'évaluation)

TMJ Clinic

Physiotherapy & Osteopathy

Scan A

Questionnaire au sujet des problèmes temporo-mandibulaires

Veillez encercler oui ou non

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Arthralgie de l'ATM (douleur à l'articulation de la mâchoire) | oui | non |
| 2. Points de tension musculaire à la mâchoire / au cou | oui | non |
| 3. Douleur à la mastication; dans la bouche; fatigue lors de la mastication (encercler) | oui | non |
| 4. Craquement + / ou bruits à la mâchoire | oui | non |
| 5. Douleur dans l'oreille; bourdonnement; oreilles bouchées; perte d'audition; acouphène (encercler) | oui | non |
| 6. Amplitude d'ouverture de la bouche diminuée, douloureuse ou avec déviation (encercler) | oui | non |
| 7. Changement dans l'occlusion / douleur en mâchant | oui | non |
| 8. Traitements orthodontiques | oui | non |
| 9. Extraction dentaire (ex: dents de sagesse) | oui | non |
| 10. Trauma / blessure à la mâchoire | oui | non |
| 11. Ronflement / problème de sommeil / fatigue inexplicée | oui | non |

Signature : _____ Date : _____

TMJ Clinic

Physiotherapy & Osteopathy

Scan B

Questionnaire maux de tête/cou

Veillez encercler oui ou non

- | | | | |
|--|-------------------------------------|-----|-----|
| 1. Céphalée (maux de tête) aux tempes, front, yeux, derrière la tête | | oui | non |
| 2. Maux de tête | Pulsatile | oui | non |
| | Constant | oui | non |
| 3. Douleurs | < 1 fois / semaine | oui | non |
| | 1 à 3 fois / semaine | oui | non |
| | Chaque jour (intermittent/constant) | oui | non |
| 4. Intensité de la douleur | Faible | oui | non |
| | Tolérable | oui | non |
| | Modérée | oui | non |
| | Sévère | oui | non |
| 5. Réponse à l'analgésie | Aucune douleur avec médication | oui | non |
| | Douleur diminue avec médication | oui | non |
| | Pas d'effet avec médication | oui | non |
| 6. Histoire de migraines | | oui | non |
| 7. Étourdissements / nausées | | oui | non |
| 8. Problèmes de vision | | oui | non |
| 9. Cervicalgie (douleur au cou) : raideur / difficulté à tourner la tête | | oui | non |
| 10. Douleurs ailleurs : _____ | | oui | non |
| 11. Traumatisme crânien | | oui | non |
| 12. Problèmes de sinus | | oui | non |

Signature : _____ Date : _____

TMJ Clinic

Physiotherapy & Osteopathy

Scan C

Scan vertébral

Avez-vous déjà eu:

	Dans le passé	Présentement
	OUI/NON	OUI/NON
Des douleurs dans le bas du dos?	O / N	O / N
Au bassin?	O / N	O / N
Au niveau des fesses?	O / N	O / N
Au milieu du dos? Entre les omoplates?	O / N	O / N
Au niveau des côtes?	O / N	O / N
Des engourdissements, picotements? Où? (bras, jambes...)	O / N	O / N
Des faiblesses musculaires, une perte de force, fatigue musculaire? Où?	O / N	O / N
Perte de poids rapide?	O / N	O / N
Grande fatigue inexplicable? Quand?	O / N	O / N
Des problèmes d'incontinence de vessie ou intestinaux?	O / N	O / N
Des douleurs nocturnes?	O / N	O / N
Transpiration nocturne?	O / N	O / N
Étourdissements, problèmes d'équilibre?	O / N	O / N
Grossesse?	O / N	O / N
Ostéoporose?	O / N	O / N
Consommation de cortico-stéroïdes à long terme?	O / N	O / N
Spondylolisthésis, arthrite, diabète? (encercler) Autre : _____		