A. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Première visite (jj/mm/aaaa) _____ / _____ / _____

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____
 NUMÉRO RUE APPARTEMENT

VILLE PROVINCE PAYS CODE POSTAL

Téléphone (MAISON) _____ (TRAVAIL) _____

Tél. cell. _____ Courriel _____

Désirez-vous recevoir par courriel le Bulletin de la Clinique Sinocare? Oui () Non ()

Date de naissance (jj/mm/aa) _____ Sexe : M () F () Taille _____ Poids _____

État civil MARIÉE/MARIÉ () VIVANT EN COUPLE () DIVORCÉE/DIVORCÉ ()
 SÉPARÉE/SÉPARÉ () CÉLIBATAIRE ()

Profession _____ Profession du conjoint/ de la conjointe _____

La Clinique Sinocare vous a été recommandée par (veuillez entourer votre réponse) : **A.** AMI(E);

B. FAMILLE; **C.** COLLÈGUE; **J.** SITE INTERNET; **I.** PAGES JAUNES;

ANNONCE DANS : **S.** CREATING FAMILY, **T.** HEALTH TIME; **E.** AUTRE PUBLICATION _____;

M. AUTREMENT _____; **O.** CENTRE DE REPRODUCTION MCGILL;

P. CLINIQUE OVO; **Q.** CLINIQUE DE FERTILITÉ DE MONTRÉAL; **R.** PROCREA.

Nom de votre médecin, si vous êtes envoyée par une Des cliniques ci-dessus : _____

K. AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : NOM _____ Clinique _____

Adresse _____ Téléphone. _____

B. CONSENTEMENT (Veuillez inscrire vos initiales dans les espaces prévus ci-dessous.)

Politique d'annulation. Je comprends que toute annulation doit se faire au moins 24 heures avant le rendez-vous fixé, sans quoi un montant de 30 \$ me sera facturé. _____

Accessibilité des dossiers des patients, pour les praticiens. J'autorise les praticiens de la Clinique Sinocare à avoir accès à mon dossier quand la clinique le jugera nécessaire. _____

Achat de produits à base d'herbes médicinales et de suppléments. Je comprends que le prix fixé pour un traitement d'acupuncture inclut la prescription d'herbes médicinales. Le coût d'une consultation en phytothérapie seulement suivie de la prescription s'élève à 25 \$. _____

Je comprends que je suis entièrement libre de prendre des herbes ou non, et/ou des suppléments, de même que d'acheter des produits de la clinique. Je comprends que toutes les autres sources me seront présentées et qu'on m'expliquera le bienfaits potentiels des produits à base d'herbes médicinales. _____

Confidentialité: J'accepte de ne pas révéler le fonctionnement interne de la clinique à une tierce partie sans avoir obtenu au préalable une autorisation écrite de la clinique. _____

C. Motif principal de la visite et diagnostic (SI VOUS CONSULTEZ EN FERTILITÉ, VEUILLEZ FOURNIR DES PRÉCISIONS AUX SECTIONS F À I)

D. HISTOIRE DU PROBLÈME ACTUEL

E. MEDICAMENTS ET SUPPLÉMENTS PRESCRITS

Prenez-vous des anticoagulants? OUI / NON **Des corticostéroïdes?** OUI / NON

Nom et adresse du médecin et/ou du praticien en médecine naturelle consulté :

F. FEMME : TESTS DE FERTILITÉ (BILANS HORMONAUX)

Date (MM/AAAA)	FSH	LH	E2	PROGESTÉRONE	PROLACTINE	TSH	TESTOSTÉRONE
1							
2							
3							
4							
5							

G. FEMME : TRAITEMENTS DE FERTILITÉ

N°	Clinique	Début (MM/AAAA)	TRAITEMENT DE FERTILITÉ pharmacothérapie, IUI, MIV, FIV, ICSI, don d'ovules ou de sperme, congélation d'embryons et acupuncture	Médicaments et posologie	Enceinte (O/N)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

H. HOMME : TESTS DE FERTILITÉ (SPERMOGRAMMES)

Date (MM/AAAA)	Spermatozoïdes				Sperme		
	concentration (million/ml)	volume (ml)	morphologie (%)	mobilité (%) rapide / lente / immobiles / sur place		liquéfaction (minutes)	autre (anti-corps, etc.)
1							
2							
3							
4							
5							

I. HOMME : TRAITEMENTS DE FERTILITÉ

N°	Clinique	Début (MM/AAAA)	Traitement de fertilité	Médication et posologie	Résultat
1					
2					
3					
4					
5					

J. HISTOIRE MÉDICALE

Avez-vous déjà souffert d'une ou plusieurs des maladies (ou problèmes) suivants ou de maladies associées aux organes suivants? (Veuillez utiliser les espaces appropriés.)

Cœur	_____	Reins	_____
Poumons	_____	Allergies	_____
Foie	_____	Cancer	_____
Estomac	_____	MTS	_____

Hémophilie	_____	Diabète	_____	Hypotension	_____	Hypertension	_____	Sida	_____
Arthrite	_____	Accident	_____	Traumatisme	_____	Eczéma	_____	Urticaire	_____
Cholestérol	_____	Goître	_____	Cécité	_____	Tuberculose	_____	Autre	_____

Avez-vous une prothèse métallique? NON / OUI, PRÉCISER _____ **Portez-vous un pacemaker?** NON / OUI

Chirurgies? NON / OUI **Date :** _____ **Nature :** _____ **Hôpital :** _____

K. DOULEUR

Endroit : _____

DOULEUR : CONSTANTE () INTERMITTENTE () AIGÜË () SOURDE ()

Accrue par : CHALEUR () PRESSION () EFFORT () MOUVEMENT () AUTRE CHOSE : _____

Réduite par : CHALEUR () PRESSION () EFFORT () MOUVEMENT () AUTRE CHOSE : _____

L. TRAVAIL, HABITUDES ALIMENTAIRES ET DE VIE

Habitudes TRAVAIL : _____ HEURES/SEM. **STRESS LIÉ AU TRAV. :** _____ **STRESS LIÉ À LA FAMILLE :** _____

Alcool : _____ verres/sem. **Café :** _____ tasses/jour **Drogues récréatives ()**

Tabac : _____ cigarettes/jour **Exercice :** _____ pendant _____ heures/semaines

Exposition à des facteurs agressants (bruit, poussière, produits toxiques, travail par quarts, etc.) :

Envie irresistible SUCRÉS() SALÉS() ÉPICÉS() ACIDES() AMERS() AUCUN ENVIE PARTICULIÈRE()

Nombre de repas par jour : _____ **fréquence :** _____ heures **Êtes-vous végétarienne?** NON / OUI

Comment apprêtez-vous votre nourriture? crue () frite () bouillie () vapeur () sautée ()

Votre mets préféré? _____ **Celui que vous aimez le moins?** _____

M. RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DES MEMBRES DE LA FAMILLE

Père Vivant () Décédé () **Âge et cause du décès :** _____

Mère Vivante () Décédée () **Âge et cause du décès :** _____

Frères/sœurs Vivants () Décédés () **Âge et cause du décès dans chaque cas :** _____

Dans votre famille immédiate, les maladies suivantes sont-elles présentes?

Probl. cardiaques _____ Paralysie _____ Diabète _____ Hypertension _____
 Allergies _____ Hypercholesterolémie _____ Cancer _____ Hypotension _____

N. SANTÉ PHYSIQUE GÉNÉRALE DE LA CLIENTE / DU CLIENT

Niveau d'énergie _____ Humeur _____ Appétit _____

Digestion _____ Sommeil : qualité _____ durée _____

Besoin d'uriner la nuit _____ fois par nuit Extrémités froides en hiver _____ NON / OUI

Libido _____ Autres sujets _____

O. FEMMES

Âge des 1^{res} menstruations : _____; Cycle menstruel : _____ jours; Durée : _____ jours;

Aujourd'hui, vous êtes au _____^e jour de votre cycle. Date du début des dernières menstruations _____.

Écoulement	abondant _____	moyen _____	léger _____	autre _____
Couleur	rouge foncé _____	rouge vif _____	rouge clair _____	autre _____
Densité	épais _____	moyen _____	fluide _____	autre _____
Caillots	beaucoup _____	moyen _____	peu _____	autre _____

Douleurs : NON / OUI AVANT LES RÈGLES _____jours PENDANT LES RÈGLES _____jours APRÈS LES RÈGLES _____jours

Où? RÉGION PELVIENNE() RÉGION LOMBAIRE() RÉGION OVARIENNE() SEINS() AILLEURS _____

Réduites par CHALEUR () OU PRESSION () OU AUTRE _____

Accrues par CHALEUR () OU PRESSION () OU AUTRE _____

S.P.M. NON / OUI; Symptômes particuliers _____

Nombre de grossesses : _____; **naissances** : _____; **fausses couches** _____; **avortements** _____

Présence de glaire cervicale à mi-cycle : NON / OUI ; elle apparaît le _____^e jour du cycle et elle persiste pendant _____ jours;

Passez-vous un test Pap chaque année? NON / OUI **Suivez-vous une hormonothérapie?** NON / OUI

Si oui, quelles hormones et depuis quand? _____

Quelle méthode contraceptive utilisez-vous? PILULE () STÉRILISATION () CONDOM ()

DIAPHRAGME () AUTRE : _____

R É S E R V É À L A C L I N I Q U E

P. DIAGNOSTIC EN MTC

Langue _____ Enduit _____ Pouls _____

Q. PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES

R. POINTS D'ACUPUNCTURE

Points d'auriculothérapie : _____

Moxibustion / Ventouses : _____

Électro-stimulation : _____

Massages localisés : _____

S. PRESCRIPTIONS D'HERBES MÉDICINALES