

(praxis)



Bilan de santé

Informations personnelles

Nom _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____ Code Postal _____

Téléphone _____

Cellulaire _____ Autre tel. _____

Courriel _____

Comment avez-vous
entendu parler du Studio Praxis

Information personnelle:

Afin de vous offrir des services et soins supérieurs, on vous demande de nous fournir les informations suivantes. Cette information est strictement confidentielle et accessible seulement à votre entraîneur et à la coordonatrice du studio.

Date de naissance _____

Médecin de famille _____

Téléphone _____

Date de votre dernier
examen physique _____

Autres médecins _____

Contact d'urgence _____

Relation _____

Téléphone du contact d'urgence _____

Déclaration Je, _____ reconnais que l'information fournie à Studio Praxis Inc. est véridique et complète; Je reconnais qu'il est important de fournir les informations médicales pertinentes à Studio Praxis. Si j'ometts de le faire, le Studio Praxis ne sera pas responsable des problèmes qui pourront résulter de ce manque d'information. Je m'engage à garder le Studio Praxis au courant de tous changements à mon état de santé.

Signature: _____

Date: _____

(praxis)



Veillez cocher **tout ce qui vous concerne:**

	Oui • Non			Oui • Non	
Cardio-Respiratory			Musculo-Squelettique		
1 Problèmes cardiaques courants angine, arythmie, arrêt du coeur....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 Gaucher <input type="radio"/> Droitier <input type="radio"/>		
2 Antécédents familiale de maladie cardiaque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 Orthopédique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Antécédents d'attaques (d'apoplexie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 Ostéoarthrite ou arthrite rhumatoïde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Murmure de coeur ou prolapsus de valvule mitrale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 Ostéopénie ou ostéoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Palpitation de coeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 Blessures ou chutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Hypertension	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6 Trauma de choc ou de tête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Pression artérielle élevée durant la grossesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7 Accident de véhicule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Cholestérol élevé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8 Chirurgies ou cicatrices	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Thrombose profonde de veine ou caillot de sang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9 Autres limites de mobilité _____		
10 Veines variqueuses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 Douleur, accident ou malaise à la colonne vertébrale du cou/cervicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Autres problèmes cardiaques ou circulatoires?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11 Malaise, douleur ou accident à l'épaule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Medications	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12 Douleur, malaise ou accident au bras, coude ou poignet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Fumez-vous?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13 Douleur, malaise ou accident au dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, combien par jour? _____			14 Sciatica ou autres conditions neurologiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Devenez-vous essoufflé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15 Hernie de disque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Est-ce que votre poids est en excès de 30 livres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16 Douleur, malaise ou accident de hanche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 L'asthme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17 Douleur, malaise ou accident au genou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, veuillez lister vos médicaments _____			18 Douleur, malaise ou accident au pied ou à la cheville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Rhume fréquent ou bronchite?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19 Avez-vous déjà fait de la physiothérapie ou autre type de thérapie physique? Si oui, veuillez les noter _____		
18 Autres conditions pulmonaires?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Si oui, veuillez les énumérer : _____					
			Grossesse		
			Avez-vous jamais été enceinte ? Si oui, nombre de grossesses _____		
			Êtes-vous enceinte maintenant ou êtes-vous prévoyant <input type="radio"/> <input type="radio"/>		
			de devenir enceinte ? Veuillez énumérer toutes les conditions part rapportée à vos grossesses (diabète durant la période de gestation, pression artérielle élevée durant la grossesse, diastasis recti)		

Information Médicale générale			Medicaments et Suppléments		
1 Évanouissement ou étourdissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veillez énumérer tous vos médicaments courants		
2 Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
3 Migraines	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veillez énumérer vos suppléments et vitamines courants		
4 Maux de tête de tension ou de faisceau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
5 Verres de contact ou lunettes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Activités		
6 Le diabète?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Si oui, quel type: _____			Travail / emploi		
Insuline: _____			_____		
7 Complications reliées au diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sports et activités depuis l'enfance		
(retinopathy, neuropathy, kidney dysfunction)			_____		
8 Histoire de diabète durant la période de gestation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sports et activités présentes		
9 Allergies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Si oui, veuillez les énumérer _____			Buts		
10 Problèmes de thyroïde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
11 Troubles gastrointestinaux?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quelles sont les objectifs que vous espérer réaliser avec le pilates ?		
12 Troubles de reins?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
13 Autres conditions médicales nos énumérées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quels sont vos buts pour votre santé?		
Si oui, veuillez les noter _____			_____		
14 Avez-vous déjà consulté un/e diététicien/ne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		