



JOËL DE GRANDPRÉ

ONCOMASSOTHÉRAPIE
ET GESTION MUSCULAIRE



Questionnaire de santé sécurisé en ligne



Si tu as une allergie sévère aux chats, il est préférable de me contacter par téléphone (514-462-4295) AVANT de remplir ce questionnaire.

Prévois un minimum de 10 minutes pour remplir ce questionnaire de santé.

Tu n'auras techniquement qu'à remplir ce questionnaire qu'une fois mais les informations s'y retrouvant aideront grandement à mettre en place un plan d'action qui saura être plus efficace afin de nous permettre d'atteindre nos objectifs.

Tes informations sont en sécurité selon la loi 25 sur les renseignements personnels en vigueur.

Les informations recueillies dans ce formulaire sont strictement confidentielles une fois le formulaire complété. Le souci de la sécurité de ces informations est vraiment important pour moi. C'est pourquoi tu peux constater que ces pages sont sécurisées comme le démontre le "https" dans l'adresse ci-haut, le 'S' désignant que tes réponses sont entre bonnes mains et ne seront utilisées qu'en lien avec tes massages et les suivis thérapeutiques en découlant.



Informations personnelles

Prénom *

Nom de famille *

Date de naissance *

Sexe

Homme Femme Autre

Adresse *

Ville *

Code postal *

Téléphone cellulaire

Téléphone résidentiel

Courriel *

Occupation

- Étudiant(e) Retraité(e) Sans emploi
 Autre (décrivez votre occupation)

Tu es

- Droitier Gaucher Ambidextre - prédominance droitier
 Ambidextre - prédominance gaucher

Comment as-tu découvert mes services? Ou inscris le nom complet de la personne qui t'a référé à moi. *





HISTORIQUE MÉDICAL ET HABITUDES QUOTIDIENNES

1. HISTORIQUE MÉDICAL

Nom du médecin de famille, s'il y a lieu

Date du dernier rendez-vous médical (approximatif)

| | | | | |
|----|---|----|---|------|
| | / | | / | |
| JJ | | MM | | AAAA |

Raison du dernier rendez-vous médical

Diagnostic ou compte-rendu du dernier rendez-vous médical

As-tu déjà subi une ou des chirurgie(s) ? Oui Non

Détails : _____

2. GÉNÉRALITÉS ET ACTIVITÉS DE VIE QUOTIDIENNE

Pratiques-tu un ou plusieurs sport(s) ?

Oui Non

Détails : _____

Pratiques-tu un ou plusieurs loisir(s) ?

Oui Non

Détails : _____

As-tu déjà reçu un massage dans le passé ?

Oui Non

Détails : _____

3. HABITUDES QUOTIDIENNES

Quelle est ta position de sommeil ? (coche toutes les cases qui s'appliquent)

Sur le côté droit Sur le côté gauche Sur le dos Sur le ventre

Quelle est ta posture/position au travail ?

Quelles sont tes activités de vie quotidienne en dehors des sports/activités mentionnées précédemment ?

Quels sont les gestes répétitifs effectués au travail ?

Quels moyens de soulagement utilises-tu ?
(ex. exercices, repos, médicaments, etc.)





DESCRIPTION DE L'INCONFORT



Où se manifeste tes inconforts? (coches toutes les cases qui s'appliquent)

- Tête Cou/nuque Dos (région des omoplates) Dos (région lombaire - bas du dos)
 Membres inférieurs - derrière (jambes/pieds) Membres inférieurs - devant (jambes/pieds)
 Membres supérieurs (bras/mains) Torse Ventre

Qu'est-ce qui cause cet inconfort dans tes activités au travail ou à la maison?

Qu'est-ce qui a déclenché cet inconfort?

Est-ce que ton inconfort est...

 Local Irradiant (qui se propage)

Détails :

Décris le type d'inconfort que tu ressens

(coches toutes les cases qui s'appliquent)

- Aigu Brûlure Contracture (noeud) Courbature
 Élanement Engourdissement Pincement Raideur
 Tension

Est-ce que l'inconfort est accompagné de...

- Bourdonnement d'oreilles Étourdissement Maux de tête
 Nausée Sensation de faiblesse

Quelle est la fréquence de l'inconfort?

- Constante Occasionnelle Périodique Progressive
 Soudaine Au lever Durant le jour Au coucher
 Durant la nuit

Quels ont les facteurs déclencheurs?

- À l'effort Défécation (toilettes #2) Position assise
 Position couchée Position debout Toux Autre

Détails :





CONDITIONS DE SANTÉ PARTICULIÈRES

Coche toutes les cases qui s'appliquent et précisez les détails lorsque requis.



1. PROBLÈMES ARTICULAIRES

- Arthrite
- Arthrose
- Bursite/Capsulite
- Entrose
- Hernie discale
- Hyperlaxité articulaire
- Tendinite
- Autre : _____



À quel(s) endroit(s) se retrouvent les problèmes articulaires?

(s'il y en a plusieurs, ex : arthrite aux doigts, tendinite à l'épaule gauche)



2. PROBLÈMES CARDIOVASCULAIRES

- AVC
- Angine
- Artériosclérose
- Athérosclérose
- Congestion tissulaire
- Hémophilie
- Hypercholestérolémie (haut taux de mauvais cholestérol)
- Hypertension (haute pression)
- Hypotension (basse pression)
- Infarctus du myocarde
- Œdème
- Phlébite
- Stase veineuse
- Varices
- Varicosités
- Autre : _____



À quel(s) endroit(s) se retrouvent les problèmes cardiovasculaires?

(s'il y en a plusieurs, ex : œdème à l'épaule, historique de phlébite à la jambe droite)



3. PROBLÈMES DIGESTIFS

- Colite ulcéreuse
- Colon irritable
- Constipation
- Diarrhée
- Maladie de Crohn
- Reflux gastrique
- Autre : _____



4. PROBLÈMES ENDOCRINIENS

- Diabète (type 1)
- Diabète (type 2)
- Diabète de grossesse
- Hypoglycémie
- Hyperthyroïdie (glande thyroïde - haute)
- Hypothyroïdie (glande thyroïde - basse)
- Autre : _____



5. PROBLÈMES IMMUNITAIRES

- Cancer
- Lymphoedème
- SIDA
- Autre : _____



6. PROBLÈMES MUSCULAIRES

- Claquage (déchirement)
- Crampe
- Fibromyalgie
- Spasme
- Torticolis
- Autre : _____



À quel(s) endroit(s) se retrouvent les problèmes musculaires?

(s'il y en a plusieurs, ex : claquage au mollet droit, spasmes dans les jambes)



7. PROBLÈMES NERVEUX

- Anxiété
- Convulsion
- Dépression
- Épilepsie
- Parkinson
- Sciatalgie (nerf sciatique)
- Sclérose en plaques
- Syndrome du canal carpien
- Autre : _____



8. PROBLÈMES OSSEUX

- Bosse de bison
- Fracture
- Hypercyphose (courbe accentuée au centre du dos)
- Hyperlordose (courbe accentuée au bas du dos ou à la nuque)
- Ostéoporose
- Périostite
- Scoliose
- Autre : _____



À quel(s) endroit(s) se retrouvent les problèmes osseux?

(s'il y en a plusieurs, ex : fracture clavicule gauche, scoliose bas du dos)



9. PROBLÈMES RESPIRATOIRES

- Apnée du sommeil
- Asthme
- Bronchite
- Emphysème
- Fibrose kystique
- Pneumonie
- Autre : _____



10. PROBLÈMES TÉGUMENTAIRES

- Acné
- Angiome
- Eczéma
- Furoncle
- Feu sauvage
- Grain de beauté (plat ou surélevé)
- Mycose (champignons)
- Pied d'athlète
- Psoriasis
- Urticaire
- Verrue
- Zona
- Autre : _____



À quel(s) endroit(s) se retrouvent les problèmes tégumentaires?

(s'il y en a plusieurs, ex : acné au front, eczéma aux mains)



11. PROBLÈMES URINAIRES

- Calculs rénaux (pierres au rein)
- Infection urinaire
- Insuffisance rénale
- Autre : _____





DONNÉES COMPLÉMENTAIRES DU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Coche si tu souffres d'une allergie ou d'intolérance quelconque

Oui Non Détails : _____

Quelle est la qualité de ton sommeil de façon générale ?

Réparateur Difficulté à m'endormir Insuffisant

Réveils fréquents

Détails : _____

Comment qualifierais-tu ton alimentation ? (1 = très mauvaise, 10 = excellente)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Très mauvaise

Excellente

Quelle est ta consommation d'eau par jour ? (indique la mesure aussi,

ex : 3 tasses d'eau, une bouteille de 1,5L) *

Quelle est ta consommation d'alcool par semaine ? (indique la mesure aussi,

ex : un verre de vin, 3 bouteilles de bière) *

Tu surveilles ton alimentation...

Fréquemment Jamais Rarement Toujours

Détails : _____

Quelles sont les carences que tu penses avoir ?

(aliments que tu ne manges pas suffisamment)

Quelle est ta consommation de caféine par jour ? (indique la mesure aussi,

ex : une tasse de thé, un très grand café du Tim) *

Quelle est ta consommation de tabac ou autre substance par jour ?

(indique la mesure aussi, ex : un paquet de 20 cigarettes, 1 joint de cannabis) *

Coche si tu prends des médicaments (avec ou sans ordonnance/prescription)

Oui Non Détails : _____

Comment gères-tu ton stress au quotidien et de quelle façon ?

Si tu as une condition dont il n'a pas été mention, fais-en part maintenant

(exemples : problèmes psychologiques ou autres)



COUVERTURE D'ASSURANCES (s'il y a lieu)

Coche si tu es couvert par une assurance collective

Oui Non

Détails : _____

Clique si tu désires t'abonner à l'infolettre et profiter d'avantages de dollars-fidélité, cadeau d'anniversaire et plus

Oui Non

Signature (ou initiales au minimum)





ANNEXE — ONCOLOGIE (si applicable)

Cette section s'applique uniquement aux personnes ayant reçu un diagnostic oncologique ou étant actuellement en suivi oncologique.
Les informations suivantes permettront d'adapter votre soin de façon sécuritaire et personnalisée.

1. DIAGNOSTIC

Quel est ou quels sont ton ou tes diagnostics oncologiques?

Date du dernier diagnostic :

 / /
JJ MM AAAA

2. TRAITEMENTS REÇUS (coche toutes les réponses qui s'appliquent)

- Chirurgie Date de début : / /
JJ MM AAAA
Détails :
- Chimiothérapie Date de début : / /
JJ MM AAAA
Détails :
- Radiothérapie Date de début : / /
JJ MM AAAA
Détails :
- Immunothérapie Date de début : / /
JJ MM AAAA
Détails :
- Hormonothérapie Date de début : / /
JJ MM AAAA
Détails :
- Thérapie ciblée Date de début : / /
JJ MM AAAA
Détails :
- Greffe de cellules souches Date de début : / /
JJ MM AAAA
Détails :
- Autre traitement Date de début : / /
JJ MM AAAA
Détails :

3. ÉTAT ACTUEL DU TRAITEMENT

- En traitement actif
- En rémission
- En surveillance (aucun traitement actif)
- Fin de traitement depuis : / /
JJ MM AAAA
- Autre :

4. EFFETS SECONDAIRES ACTUELS OU RÉCURRENTS

(coche toutes les réponses qui s'appliquent)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Troubles digestifs |
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Essoufflement |
| <input type="checkbox"/> Nausées | <input type="checkbox"/> Changements cutanés |
| <input type="checkbox"/> Neuropathie (fourmillements) | <input type="checkbox"/> Anxiété / Dépression |
| <input type="checkbox"/> Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Lymphoedème |
| <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleur | <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil | |

5. LOCALISATION DU CANCER

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sein | <input type="checkbox"/> Lymphome |
| <input type="checkbox"/> Prostate | <input type="checkbox"/> Leucémie |
| <input type="checkbox"/> Poumon | <input type="checkbox"/> Mélanome |
| <input type="checkbox"/> Côlon / Rectum | <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Utérus / Col de l'utérus | <input type="checkbox"/> Préciser : <input type="text"/> |

6. MÉTASTASES

- Oui Non Incertain

Si oui, où sont-elles localisées?

7. DISPOSITIFS MÉDICAUX EN PLACE

- Port-a-cath (chambre implantable) PICC line
- Cathéter central Drain
- Autre :

Si oui, où est-il situé?

8. LYMPHŒDÈME

- Oui Non Antécédent

Si oui, à quel(s) endroit(s)?

- Bras droit Bras gauche Jambe droite Jambe gauche
- Autre :

Précisions :

9. RESTRICTIONS OU PRÉCAUTIONS MÉDICALES

Ton équipe médicale t'a-t-elle mentionné des restrictions ou précautions particulières à respecter?

- Oui Non Incertain

Si oui, lesquelles?

10. MÉDICATION ACTUELLE LIÉE AU CANCER

Indique les médicaments pris présentement en lien avec ton cancer (nom ou type de médicament) :

11. AUTRE INFORMATION PERTINENTE

Y a-t-il d'autres informations que tu aimerais partager en lien avec ton parcours oncologique qui pourraient être importantes pour la qualité et la sécurité de ton soin?

