

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance (J/M/A) : ____/____/____

Statut civil : Marié(e) Conjoint de fait Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e) Autre Sexe : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Tél. résidence : _____ Tél. cellulaire : _____

Tél. bureau : _____ Courriel : _____

De quelle façon est-ce préférable de vous rejoindre? Tél. résidence Cellulaire Tél. bureau Courriel Textos (SMS)

Autorisez-vous la clinique à communiquer avec vous par courriel? Oui Non

Autorisez-vous la clinique à laisser un message au numéro spécifié pour confirmer un rendez-vous? Oui Non

Autorisez-vous la clinique à laisser un texto au numéro spécifié pour confirmer un rendez-vous? Oui Non

Occupation : _____ Présentement en arrêt de travail? Oui Non

Qui vous a recommandé notre clinique?

Autre professionnel : Nom : _____ Clinique : _____

Conjoint Ami Parent Collègue de travail Nom : _____

Publicité Site web Facebook Google Enseigne Autre : _____

Nom de votre médecin de famille : _____

Dernier rendez-vous : _____ Date du dernier examen médical : _____

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien? Oui Non

Qui? _____ Quand? _____

Consultez-vous pour un problème relié à un accident de travail? Oui Non

Consultez-vous pour un problème relié à un accident de voiture? Oui Non

Personne à rejoindre en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Lien avec vous : _____

J'autorise par la présente le(la) chiropraticien(ne) à effectuer les examens nécessaires à l'ouverture de mon dossier. Il est possible que certains patients ressentent des courbatures ou une légère aggravation des symptômes suite à l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée, mais il est important de les mentionner à votre chiropraticien(ne) lors de votre prochaine visite.

Signature du patient ou de la personne responsable : _____
Date : _____

1. Quelle est la raison de votre consultation?

Veuillez indiquer vos problèmes de santé par ordre d'importance. _____

2. Depuis combien de temps ressentez-vous votre problème de santé principal? _____

3. Comment est survenu ce problème?

Graduellement Subitement

Suite à un trauma Je ne sais pas

(Accident)

4. Votre problème est-il présent...?

100% du temps 50% du temps

75% du temps 25% du temps

Moins de 25% du temps

5. Comment évolue votre problème? Il...

S'améliore S'aggrave

Ne change pas

6. Votre problème est-il plus intense...?

Au lever , le jour , le soir , la nuit

7. Votre problème vous empêche-t-il de...?

Travailler , dormir , mener votre routine

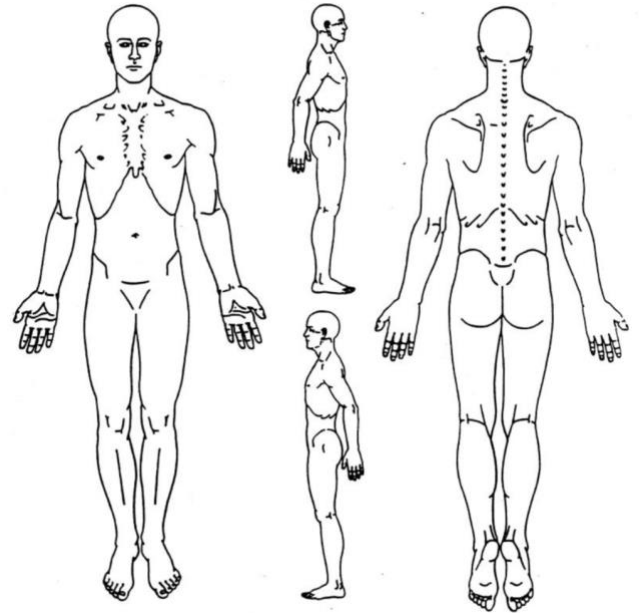
8. Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème? Non

Chiropraticien Médecin Autres

9. Avez-vous eu un problème semblable auparavant?

Oui Non

Veuillez indiquer sur le schéma les endroits exacts de vos douleurs (+++), de vos cicatrices (***) et de vos fractures (XXX).



Cochez la case qui correspond à la sévérité de votre douleur principale.

Pas de douleur

Douleur extrême

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Date de votre dernier examen :

	Moins de 6 mois	6-18 mois	Plus de 18 mois	Jamais
Chiropratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTOIRE FAMILIALE :

1-Père : âge _____ Si décédé, cause _____

2-Mère : âge _____ Si décédée, cause _____

3-Avez-vous des frères et/ou sœurs? Oui Non

4-Avez-vous des enfants? Non Oui Combien? _____

5-Est-ce qu'un des membres de votre famille est atteint de :

Troubles cardiaques Cancer

Prenez-vous des médicaments ou des produits naturels en ce moment?

Non Si oui, complétez la section suivante

Anti-dépresseur _____

Anti-inflammatoire _____

Anti-coagulants _____

Hormones _____

Pour le cholestérol _____

Diabète _____

Pour la pression artérielle _____

Pour la glande thyroïde _____

Anovulants _____

Autres _____

AVEZ-VOUS EU (Ø) ou AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE (□) :
(Veuillez cocher le symbole approprié)

- | | |
|--|--|
| 1. Ø <input type="checkbox"/> Allergies | 33. Ø <input type="checkbox"/> Perte ou gain de poids |
| 2. Ø <input type="checkbox"/> Angoisse | 34. Ø <input type="checkbox"/> Pierres aux reins |
| 3. Ø <input type="checkbox"/> Arthrite | 35. Ø <input type="checkbox"/> Tremblements |
| 4. Ø <input type="checkbox"/> Ballonnements | 36. Ø <input type="checkbox"/> Troubles aux pieds |
| 5. Ø <input type="checkbox"/> Basse pression | 37. Ø <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques |
| 6. Ø <input type="checkbox"/> Constipation | 38. Ø <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires |
| 7. Ø <input type="checkbox"/> Convulsions | 39. Ø <input type="checkbox"/> Troubles respiratoires |
| 8. Ø <input type="checkbox"/> Démangeaisons | 40. Ø <input type="checkbox"/> Troubles de vue |
| 9. Ø <input type="checkbox"/> Dépression | 41. Ø <input type="checkbox"/> Troubles digestifs |
| 10. Ø <input type="checkbox"/> Diabète | 42. Ø <input type="checkbox"/> Troubles d'ordre sexuel (MTS) |
| 11. Ø <input type="checkbox"/> Diarrhée | 43. Ø <input type="checkbox"/> Troubles d'ouïe (oreilles) |
| 12. Ø <input type="checkbox"/> Ecchymose (bleus faciles) | 44. Ø <input type="checkbox"/> Troubles hormonales |
| 13. Ø <input type="checkbox"/> Engourdissements | 45. Ø <input type="checkbox"/> Troubles psychologiques |
| 14. Ø <input type="checkbox"/> Épilepsie | 46. Ø <input type="checkbox"/> Troubles rénaux |
| 15. Ø <input type="checkbox"/> Éruptions cutanées (rougeurs) | 47. Ø <input type="checkbox"/> Varices |
| 16. Ø <input type="checkbox"/> Étourdissements/vertiges | 48. Ø <input type="checkbox"/> Saignements de nez |
| 17. Ø <input type="checkbox"/> Évanouissements | 49. Ø <input type="checkbox"/> Sang dans les selles |
| 18. Ø <input type="checkbox"/> Extrémités froides/moites | 50. Ø <input type="checkbox"/> Sang dans l'urine |
| 19. Ø <input type="checkbox"/> Fatigue | 51. Ø <input type="checkbox"/> Sinusite |
| 20. Ø <input type="checkbox"/> Fracture | 52. Ø <input type="checkbox"/> Uriner fréquemment |
| 21. Ø <input type="checkbox"/> Frissons | 53. Ø <input type="checkbox"/> Uriner la nuit |
| 22. Ø <input type="checkbox"/> Haute pression | 54. Ø <input type="checkbox"/> Troubles de la prostate |
| 23. Ø <input type="checkbox"/> Hypoglycémie | |
| 24. Ø <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire | |
| 25. Ø <input type="checkbox"/> Insomnie | |
| 26. Ø <input type="checkbox"/> Irritabilité | |
| 27. Ø <input type="checkbox"/> Maladies héréditaires | |
| 28. Ø <input type="checkbox"/> Maux de dos | |
| 29. Ø <input type="checkbox"/> Maux de tête | |
| 30. Ø <input type="checkbox"/> Méningite | |
| 31. Ø <input type="checkbox"/> Œdème (enflure) | |
| 32. Ø <input type="checkbox"/> Opération/chirurgie | |

A-Quelle est votre position au travail?

Debout Assis En mouvement

B- Portez-vous des...? Talonnette

Semelles correctives/orthèses

C-Habituellement, dormez-vous sur...?

Le dos Le côté Le ventre

D-Combien d'heures dormez-vous par nuit? 4h et moins 5-6h 7-8h 9-10h

10-11h 12h et plus

E-Consommez-vous...? Si oui, combien?

1. Du tabac/cigarette
Non Oui _____

2. De l'alcool
Non Oui _____

3. Du café/thé
Non Oui _____

4. Des vitamines et suppléments
Non Oui
Lesquels _____

F-Faites-vous de l'exercice?

Oui Non

Section réservée aux femmes

55. Ø Absence de menstruation
56. Ø Crampes abdominales
57. Ø Flux menstruel abondant
58. Ø Menstruation douloureuse
59. Ø Pertes vaginales
60. Ø Symptômes de ménopause
61. Êtes-vous enceinte?
Oui Non

Avez-vous eu des... : Si oui, lesquels?

Vaccins : Non Oui _____

Hospitalisations : Non Oui _____

Accidents : Non Oui _____

Procédures dentaires : Prothèses Implants Orthodontie Autres _____

Avec les soins, où souhaiteriez-vous vous rendre au niveau de votre santé générale?

Douleur et inconfort	Léger soulagement	Amélioration notable de vos symptômes de douleurs	Aucun symptôme	Se sentir bien et confortable	Apprécier les soins chiropratiques	Optimisation de votre santé	Au sommet de votre forme!
-------------------------	----------------------	--	-------------------	----------------------------------	--	--------------------------------	------------------------------

Si votre condition le nécessite, seriez-vous prêt à...?

- ✓ Faire un/des exercice(s)? Oui Non
- ✓ Prendre un supplément? Oui Non
- ✓ Suivre un/des conseils sur les habitudes de vie? Oui Non

Je déclare avoir rempli ce questionnaire au meilleur de mes connaissances.

Signature du patient ou de la personne responsable

Date (JJ/MM/AAAA)