



Nom : _____ Prénom : _____ Date : an ____ / ms ____ / jr ____
 Date de naissance : an ____ / ms ____ / jr ____

Ce questionnaire a pour but d'aider votre docteur à évaluer votre santé globale actuelle, vos besoins à court et à long terme ainsi que vos antécédents. S.V.P. complétez-le afin de nous permettre de mieux vous servir.

Partie I Vos problèmes de santé et les effets sur vos activités quotidiennes

1. Sur une échelle de 0 à 10, comment te sens-tu vivant ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 : Tu restes au lit

10 : Tu es focus, énergétique et totalement engagé

2. Pour vos problèmes de santé actuels, si vous avez consulté un professionnel de la santé, que vous a-t-on dit ?

3. Quand cela a-t-il débuté ? _____

4. Qu'a-t-on fait ? _____

5. Quels ont été les résultats ? _____

6. En quoi étiez-vous différents suite aux traitements ? _____

7. En quoi votre condition était-elle différente suite aux traitements ? _____

8. Comment votre perception de votre condition était-elle après ? _____

9. Veuillez noter à quel degré ce(s) problème(s) affectent votre qualité de vie.

| | 0- Cela ne m'affecte pas | 1- m'affecte peu | 2- m'affecte modérément | 3- m'affecte beaucoup | |
|------------------------------------|--------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------|
| Travail | 0 1 2 3 | Passe-temps | 0 1 2 3 | Sommeil/repos | 0 1 2 3 |
| Vie sociale | 0 1 2 3 | Marche | 0 1 2 3 | Position assise | 0 1 2 3 |
| Exercice | 0 1 2 3 | Appétit | 0 1 2 3 | Vie amoureuse | 0 1 2 3 |
| Inquiétude par rapport au problème | 0 1 2 3 | | Inquiétude par rapport à ma santé | 0 1 2 3 | |

Commentaires : _____

10. Un autre membre de votre famille a-t-il eu une condition similaire ? Oui Non

Qu'a fait cette personne ? _____

Quels ont été les résultats ? _____

11. À quel point êtes-vous conscient de ce problème durant la journée ? 0 1 2 3 Le soir ? 0 1 2 3

12. Est-ce qu'il y a une période de la journée ou des activités qui vous ont fait oublier totalement ou partiellement votre problème ? _____

13. Êtes-vous plus conscient de votre problème à certains moments ou durant certaines activités ? _____

14. Pourquoi pensez-vous que ce problème vous est arrivé ou persiste ? _____

15. Pensez-vous que ceci en est la cause unique ? Oui Non

Sinon, quels sont les autres facteurs ? _____

16. Si vous n'aviez pas ce problème, que feriez-vous de différent ? _____



17. Depuis que ce problème existe, avez-vous changé certaines habitudes ? _____

18. Qu'est-ce qui décrit le mieux vos sentiments actuels ?
 a) Je me sens impuissant, comme si rien ne peut m'aider
 b) C'est terrible, j'ai peur et j'espère que vous pouvez me guérir
 c) Je me sens pris et je ne peux m'aider
 d) Je mérite plus que ce qui m'arrive, j'aimerais que vous m'assistiez durant mon processus de guérison
 e) Autre chose ? _____
19. Classifiez sur une échelle de 0 à 3
0 = pas du tout 1 = peu 2 = modérément 3 = extrême
- a) À quel point votre problème vous affecte-t-il présentement ? 0 1 2 3
 b) Et dans le passé ? 0 1 2 3
 c) Si vous ne résolvez pas ce problème, à quel point vous affectera-t-il dans le futur ? 0 1 2 3

Partie II Antécédents de santé : médical / traumatique / chiropratique

1. Vous êtes-vous blessé à la colonne vertébrale (tête, cou, dos, hanches) ?
 a) Date de la blessure la plus grave : _____
 b) Comment cette blessure est-elle survenue ? _____
 c) Date de la blessure la plus récente : _____
 d) Comment cette blessure est-elle survenue ? _____
2. Avez-vous déjà utilisé un médicament pour une période de plus de 3 mois ? Oui _____ Non _____
 a) Quel(s) médicament(s) : _____
 b) Pour quelle raison ? _____
3. Avez-vous déjà eu des entorses sévères d'une partie de votre corps ? _____

4. Avez-vous déjà reçu des ajustements, manipulations de votre colonne vertébrale par un professionnel ?
 Si oui : a) Par qui ? _____
 b) Pourquoi ? _____
 c) Quand ? _____ Date de la dernière visite : _____
 Consultez-vous encore cette personne ? Oui _____ Non _____
 d) Qu'est-ce qui a été fait ou suggéré ? _____
 e) Quels ont été ces résultats ? _____
 f) Étiez-vous satisfait ? Oui _____ Non _____
 g) Les membres de votre famille reçoivent-ils des soins chiropratiques ? Oui _____ Non _____
5. **Avez-vous déjà utilisé les thérapies suivantes** ? Si oui, décrivez la raison de votre consultation, la durée de votre consultation et les résultats :
 Massothérapie _____
 Psychothérapie _____
 Physiothérapie/ Ergothérapie _____
 Thérapie par la musique/ son/ danse/ lumière/ aromathérapie _____
 Homéopathie _____
 Médecine Ayurvédique _____
 Médecine Chinoise / Acupuncture _____
 Diététiste _____
 Yoga/ Tai Chi/ Chi Gong _____
 Intégration Somato-respiratoire _____
 Autres _____
6. Avez-vous un programme de méditation (prière), exercice ou un régime alimentaire particulier ? Si oui, décrivez-le. _____



Partie III STRESS : Pour chacune des situations suivantes, COCHEZ soit « P » pour Passé ou « A » pour ACTUEL

| | LÉGER | | MOYEN | | INTENSE | |
|--|-------|-----|-------|-----|---------|-----|
| | P | A | P | A | P | A |
| Stress relié à l'enfance | () | () | () | () | () | () |
| Inquiétude face à l'école | () | () | () | () | () | () |
| Tension reliée aux jeux ou aux loisirs | () | () | () | () | () | () |
| Problèmes familiaux | () | () | () | () | () | () |
| Difficultés dans les relations personnelles | () | () | () | () | () | () |
| Stress à l'égard de la maladie | () | () | () | () | () | () |
| Tension relié au trajet banlieue / ville pour le travail | () | () | () | () | () | () |
| Perte d'un être cher | () | () | () | () | () | () |
| Changement de mode de vie | () | () | () | () | () | () |
| Changements des habitudes | () | () | () | () | () | () |
| Actes de violence | () | () | () | () | () | () |
| Travail | () | () | () | () | () | () |

1. De quelle façon gérez-vous votre stress ? _____

Partie IV Quels sont vos besoins et attentes

Utilisez cette échelle Pour la question 1 :

a) Très important b) Important c) Pas important d) Ne s'applique pas

1. Lequel des choix suivants est le plus important pour vous ? Une étude a été publiée par le Collège de Médecine de l'Université Irvine en Californie qui portait sur 2800 patients suivant des soins chiropratiques de type Network. Cette étude a démontré que les patients ressentaient des bienfaits à tous les niveaux de leur santé et bien-être énumérés ci-dessous. Qu'attendez-vous des soins à notre clinique ?

- a) _____ Amélioration de mes symptômes physiques
- b) _____ Amélioration de mes symptômes émotifs/mentaux
- c) _____ Amélioration de ma capacité de réagir au stress
- d) _____ Amélioration de mon appréciation de la vie/ de ma capacité de prendre des décisions
- e) _____ Amélioration générale de ma qualité de vie

2. Y a-t-il des aspects de votre vie qui vous rendent très heureux et qui augmentent votre vitalité ?

3. Y a-t-il des facteurs ou des éléments particuliers de votre vie, vos expériences, votre famille, votre travail, vos passe-temps, de vieilles blessures, votre génétique, votre régime ou votre style de vie qui améliorent ou augmentent votre potentiel de santé ?

Merci d'avoir choisi notre centre chiropratique. Il nous fait plaisir d'avoir l'occasion de vous aider à développer la capacité de maintenir une colonne vertébrale et un système nerveux en santé. Soyez assuré (e) que nous ferons notre possible pour vous aider durant votre cheminement vers une santé et un bien-être optimaux.

Signature _____ Date _____