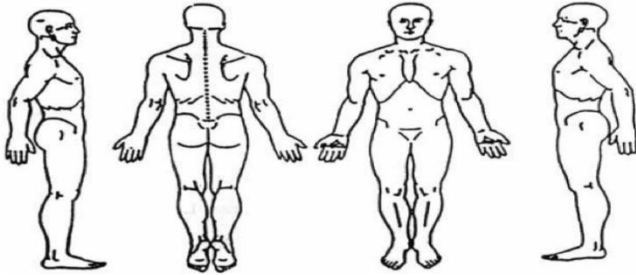




Nom : _____ **Prénom :** _____ **Sexe :** F. M. **Taille :** _____ **Poids :** _____
Adresse : _____ **Date de naissance :** an ____ / ms ____ / jr ____
Ville : _____ **Statut civil :** Marié Célib. Conjoint de fait
 Divorcé Veuf Autre
Code postal : _____
Téléphone : _____ (résidence) _____ (cellulaire) **Occupation :** _____
 _____ (Bureau) Présentement en arrêt de travail
Courriel : _____
Qui vous a recommandé notre bureau ? : _____ Connaissance Google Facebook
 Pages jaunes Enseignes Autre professionnel

Consultez-vous : En prévention Pour un problème particulier

S'il y a lieu, veuillez indiquer les endroits douloureux sur le dessin



Quel est votre **motif de consultation principale** ?

Quels sont vos **autres problèmes** par ordre d'importance ?

- Depuis **combien de temps** ressentez-vous votre problème principal ? _____
- Quelle est l'**intensité** de la douleur ? Peu de douleur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur extrême
- Ce problème vous affecte combien de **jours par semaine** ? 1 2 3 4 5 6 7
- Comment est **survenu** ce problème ? Graduellement Subitement Suite à un accident Je ne sais pas
- Comment **évolue** votre problème ? Il ... s'améliore s'aggrave ne change pas
- Votre problème est **plus intense**... ? Au lever le jour le soir la nuit
- Votre problème vous **empêche-t-il** de ... ? travailler dormir mener votre routine
- Avez-vous consulté quelqu'un d'autre pour votre condition ? Oui Non Qui ? _____ Quand ? an ____ / ms ____
- Si ce problème disparaissait demain, comment votre vie serait-elle changée ? _____

Avez-vous été traité pour d'autres problèmes de santé au cours de la dernière année ? Oui Non

Description : _____

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? Oui Non **Avez-vous déjà été hospitalisé ?** Oui Non

Si oui, précisez : _____

Historique de traumatisme :

Avez-vous déjà :

- Subi des chutes (au travail, enfance, à la maison, etc) ? Oui Non _____
- Été impliqué dans un accident de voiture/moto/autre ? Oui Non _____
- Subi une fracture ou une dislocation Oui Non _____
- Subi une blessure sportive (entorse, commotion, etc) Oui Non _____
- Été victime d'un autre accident ? Oui Non _____



Prenez-vous actuellement des médicaments (avec ou sans prescription), des vitamines, des produits naturels ou des suppléments alimentaires? Oui Non Lesquels ? _____

- Anti-inflammatoires Relaxants musculaires Analgésiques Haute pression Cholestérol Anovulants
 Anxiolytiques Antidépresseurs Diabète Glande thyroïde Autres : _____

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

Général

- Sueurs nocturnes Fatigue Gain de poids Perte de poids inexplicquée
 Dépression Cancer Fièvre Épuisement professionnel
 Stress Perte d'appétit Anxiété Problème psychologique

Neurologique

- Étourdissements / Vertiges Perte de mémoire Difficulté à parler Parkinson
 Évanouissement Mal de tête Migraine Difficulté à marcher
 AVC Alzheimer Faiblesse Tremblements

Musculo-squelettique

- Arthrite Arthrose Fracture Blessure à la tête
 Blessure au cou Blessure au dos Hernie discale Scoliose

Endocrinien

- Hyperthyroïdie Hypothyroïdie Diabète Autre problème hormonal

ORL

- Trouble de la vision Glaucome Acouphène Sinusite
 Douleur à l'oreille Perte d'audition Saignement de nez
 Vision double Troubles buccaux Otite

Respiratoire

- Asthme Difficulté respiratoire Bronchite
 Toux Douleur à la poitrine

Autre

- Anémie Embolie Infarctus Arythmie
 Haute pression Basse pression Cholestérol élevé Allergies : _____
 Brûlement d'estomac Ulcères Difficulté à uriner Incontinence

Hommes

- Problème de prostate Trouble érectile Problème testiculaire ITSS (MTS)

Femmes

- Bouffées de chaleur Règles absentes Règles irrégulières Règles douloureuses
 Douleur aux seins Ménopause ITSS (MTS) Infertilité

Êtes-vous enceinte ? Oui Non Si oui, quelle est la date prévue pour l'accouchement _____

Consommez-vous ? Si oui, combien ?

- du tabac/cigarette _____ Ancien Fumeur de la drogue _____
 de l'alcool _____ du café/thé _____

Sommeil : Heures de sommeil par nuit en moyenne _____ Position de sommeil : Dos Ventre Côté (D ou G)

Au réveil, vous êtes : Bien reposé Fatigué Incapable de vous lever

Activités (sports/loisirs) : _____

Stress : Sur une échelle de 0 à 10, à combien se situe votre niveau de stress ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Alimentation : Avez-vous des inquiétudes au sujet de votre alimentation ? Oui Non Si oui, décrire : _____

Avez-vous d'autres inquiétudes au sujet de votre santé ? Oui Non Si oui, décrire : _____

Portez-vous des : Talonnette Orthèse / Semelle correctrice


Condition de santé de vos proches (Problème cardiaque, diabète, cancer, arthrite, problème de thyroïde, cholestérol élevé, AVC, etc)

Mère : _____ Père : _____
 Frères / Sœurs : _____ Grands-Parents : _____
 Enfants (nombre : ___) : _____ Conjoint : _____

Avez-vous déjà consulté un **chiropraticien** ? Oui Non Qui ? _____ Quand ? an ____ / ms ____

Nom de votre **médecin de famille** : _____
 Date du dernier rendez-vous : an ____ / ms ____ Date du dernier examen médical : an ____ / ms ____
 Date de votre dernier examen : Physique _____ Sanguin _____ Urinaire _____

Avez-vous déjà eu des radiographies, tomographie ou image par résonance magnétique de votre colonne vertébrale (cou, dos, hanche) ? Oui Non Quand ? an ____ / ms ____ Lesquels ? _____
 Que vous a-t-on dit à propos de ces examens ? _____

Communication téléphonique :

De quelle façon est-ce préférable de vous rejoindre ? Résidence Cellulaire Bureau Courriel
 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
 Désirez-vous qu'un rappel soit effectué la veille de votre rendez-vous ? Oui Non
 Par : Téléphone Courriel

Personne à rejoindre en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____
 Téléphone : _____ Lien avec vous : _____

Consultez-vous pour un problème relié à un accident de : Travail (**CNESST**) ? Oui Non Voiture (**SAAQ**) ? Oui Non
 Si oui, Nom de l'agent : _____ Numéro de dossier : _____
 Avez-vous des soins payés par le programme des **Anciens combattants** ou de l'**IVAC** ? Oui Non

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

J'autorise par la présente la chiropraticienne à effectuer les examens qu'elle jugera nécessaire 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 chiropraticienne lors de votre prochaine visite.

Je comprends que les radiographies, les examens et les soins chiropratiques sont payables à chaque visite, à moins que d'autres arrangements aient été faits au préalable. Les radiographies demeurent la propriété de la clinique.

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