

Questionnaire confidentiel

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F M
 Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____
 Nom des parents (si mineur) _____
 🏠 Maison : (____) _____ 🏢 Travail : (____) _____ 📧 Courriel : _____
 Date de naissance(jj/mm/aaaa) : ____ / ____ / ____ Âge : ____ Occupation: _____
 Statut social : célibataire divorcé veuf marié/conjoint de fait
 Comment avez-vous connu notre clinique ? : médecin (nom) _____
 autre professionnel de la santé _____ parent/ami (nom) _____
 Pages jaunes Internet Enseigne Publicité Bottin local

Les raisons pour lesquelles vous êtes à notre clinique

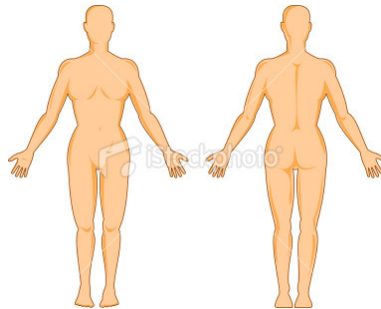
Le système responsable du contrôle dans votre corps est le SYSTÈME NERVEUX. Le suivi chiropratique sert à augmenter l'efficacité de votre système nerveux. Les douleurs que vous vivez sont des signaux d'alarme : quelque chose est hors de contrôle. Cette section sert à déterminer la raison (diagnostic) pour laquelle le corps sonne l'alarme.

Vous souhaitez :

- 1- Un soulagement temporaire**
- 2- Une correction durable**
- 3- Prévention et entretien santé**

Je viens pour des soins de bien-être ou de prévention ou pour faire vérifier mon système neuro-vertébral.
 Je viens parce que mon corps m'envoie des signaux d'alarme.

Encerclez les régions douloureuses ou problématiques.



Identifiez vos malaises par ordre d'importance :

Depuis quand avez-vous ce malaise ? _____

Il est survenu :

Graduellement Subitement Suite à un événement particulier : _____

Avez-vous déjà eu un problème semblable auparavant ? Oui Non Si oui, quand ? _____

La douleur est présente : 25% du temps 50% du temps 75% du temps 100% du temps

va et vient

Qu'est-ce qui augmente la douleur (mouvements, positions, activités)?

Qu'est-ce qui soulage le malaise?

Le problème est pire : le matin le jour le soir la nuit

Votre problème vous empêche-t-il de : Travailler Dormir Marcher Mener votre routine

Vous asseoir Faire du sport

Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé pour ce problème ? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

S.V.P. Cochez tous les symptômes/problèmes qui vous concernent :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maux de tête/migraines | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Douleur à uriner |
| <input type="checkbox"/> Nausée, vomissements | <input type="checkbox"/> Perte de sensation entre les jambes | <input type="checkbox"/> Trouble de prostate |
| <input type="checkbox"/> Vertiges/étourdissements | <input type="checkbox"/> Douleur qui vous réveille la nuit | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Évanouissements | <input type="checkbox"/> Pouls très rapide | <input type="checkbox"/> Maladie de peau |
| <input type="checkbox"/> Bourdonnements d'oreilles | <input type="checkbox"/> Haute/basse pression | <input type="checkbox"/> Troubles de thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Vision perturbée | <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques | <input type="checkbox"/> Épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer | <input type="checkbox"/> Diabète/Hypoglycémie | <input type="checkbox"/> Sida |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Engourdissements |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Infection récente | <input type="checkbox"/> Douleur au cou |
| <input type="checkbox"/> Toux chronique | <input type="checkbox"/> Présence de sang dans les selles/urine | <input type="checkbox"/> Douleur au dos |
| <input type="checkbox"/> Serrement/douleur de poitrine | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Douleur bras/main, jambe/pied |
| <input type="checkbox"/> Perte de poids inexpliquée | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Faiblesse | <input type="checkbox"/> Douleur estomac/ulcère | _____ |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Constipation/Diarrhée | |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | | |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | | |

SECTION RÉSERVÉE AUX FEMMES

1. Êtes-vous enceinte ? Oui Non Peut-être
2. Avez-vous des enfants ? Oui Non Nombre : _____
3. Méthode contraceptive : Anovulants Stérilet Condom Abstinence Autres : _____
4. Êtes-vous en ménopause ? Oui Non
5. Douleur menstruelles ? Oui Non

Votre profil de Santé

Ce profil nous permet d'établir les éléments qui peuvent contribuer à expliquer l'apparition et la récurrence de certains problèmes et nous aider à prévenir ceux qui pourraient affecter des zones fragilisées de votre système.

STRESS PHYSIQUES

Traumatismes physiques généraux

Cochez les événements qui vous sont arrivés parmi les causes potentielles de subluxations vertébrales suivantes :

- Chute en bas du lit/table à langer Chute sur la glace Sports de combat (judo, freestyle...)
- Chute dans les escaliers Sports d'impact (hockey, football...) Chute à vélo

- Avez-vous déjà eu une commotion cérébrale ? Oui Non
- Avez-vous déjà utilisé des béquilles, une marchette ou une canne ? Oui Non _____
- Vous êtes-vous déjà fracturé un os ? Oui Non _____
- Avez-vous eu une chute ou un traumatisme qui pourrait avoir blessé votre colonne vertébrale ?
 Oui Non
- Commentaire : _____
- Avez-vous eu de l'orthodontie ou du travail dentaire important ? Oui Non _____
- Durant la journée : Je suis assis Je travaille à l'ordinateur Je soulève des choses lourdes
 Je suis au téléphone Je marche Je suis debout Je conduis Je fais du travail de bureau
- Je fais de l'exercice physique : tous les jours toutes les semaines tous les mois
Décrivez : _____
- Votre position de sommeil : Dos Côté Ventre
- Votre sommeil est-il réparateur ? Oui Non

Sports ou loisirs

- Êtes-vous (ou avez-vous été) actif dans certains sports ? Oui Non
Lesquels : _____
- Avez-vous subi des blessures lors de ces sports ? Oui Non
Lesquelles : _____

- Lisez-vous pendant de longues périodes ? Oui Non
- Jouez-vous d'un instrument de musique ? Oui Non Si oui, lequel ? _____
- Avez-vous une position particulière pour regarder la télévision ? Oui Non _____
- Je porte : des lunettes des lentilles cornéennes des doubles foyers

Accidents d'automobile

Avez-vous déjà été impliqué dans un accident (même si vous croyez que cela ne vous a pas blessé) ?

Oui Non

S.V.P. Listez les dates approximatives et la sévérité (Léger, Modéré, Extrême)

Automobile, ou autre véhicule :

Traitements médicaux

- Avez-vous été hospitalisé ? Oui Non
- Avez-vous subi des chirurgies ? Oui Non Raison : _____
- Avez-vous déjà eu des radiographies ? Oui Non Si oui, Date : _____ Raison : _____
- Avez-vous eu :

Ponction lombaire Injections vertébrales Physiothérapie Collet cervical Corset vertébral

Tractions Orthèses plantaires Talonnette Souliers correctifs Acupuncture

Chimiothérapie/Radiothérapie Transfusion

STRESS CHIMIQUES

Prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin? Oui Non Si oui, veuillez énumérer ces médicaments et la raison :

Date de la dernière visite chez votre médecin : _____

Prenez-vous d'autres médicaments non prescrits ? _____

Dans le passé, avez-vous consommé d'autres médicaments pendant une longue période ?

Lesquels _____

Avez-vous déjà travaillé avec des produits chimiques, des émanations, de la fumée ou autres produits dangereux pendant de longues périodes ? Oui Non _____

Cigarettes (combien) : _____, **Café :** _____, **Boisson gazeuse :** _____, **Alcool :** _____

Drogues : _____

STRESS ÉMOTIONNELS

Les items suivants peuvent causer des subluxations vertébrales et résulter en des irritations de votre système nerveux.

S.V.P. cochez si les stress ci-dessous sont survenus dans le passé ou si vous les vivez présentement. Veuillez commenter

	Dans le passé	Présentement	Commentaires
Stress familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Séparation/Divorce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déménagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stress lié au travail/ à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perte d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Changement de style de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abus physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grossesse/Accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Clarifiez vos objectifs de santé :

Comparé à cinq ans plus tôt, comment est votre santé?

meilleure pire stable

Autre que pour cette consultation, quels sont vos buts pour le futur?

Je souhaite seulement soulager mes symptômes (éteindre le système d'alarme).

Je veux améliorer mon état et maintenir une bonne santé.

DÉCLARATION

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et j'autorise le chiropraticien à m'examiner. Tel que stipulé à l'article 3.07.01 du *Code de déontologie* des chiropraticiens, les dossiers et radiographies sont la propriété du chiropraticien. Des photocopies peuvent être disponibles sur demande moyennant des frais.

Signature du patient (parent si mineur) : _____ Date : _____

Merci !