

Informations personnelles

Date : ____/____/____ No. Dossier : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance (J/M/A) : _____ Âge : _____ Si mineur, nom mère/père : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Tél. résidence : _____ cell. : _____ travail : _____

Adresse Courriel : _____

Autorisez-vous la clinique à communiquer avec vous par courriel (exercices, recommandations, informations)? Oui Non

Occupation : _____ Présentement en arrêt de travail? Oui Non

Accident CSST : Oui Non Nom de l'agent : _____ No dossier : _____

Accident SAAQ : Oui Non Nom de l'agent : _____ No dossier : _____

Assurances couvrant les soins chiropratiques : oui non _____

Nom médecin de famille : _____ Date dernière consultation : _____

Avez-vous déjà consulté en chiropratique? Oui Non Date du dernier traitement : _____

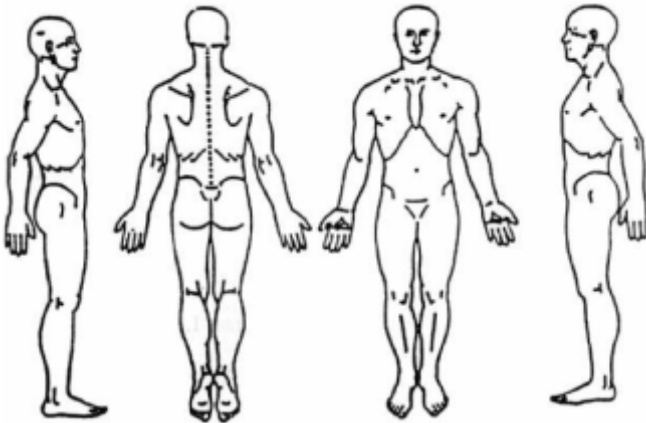
Comment avez-vous choisi la clinique?

Médecin Chiropraticien Autre professionnel Nom : _____

Conjoint(e) Parenté Ami/collègue de travail Autre Nom : _____

Annuaire quartier Annuaire Pages Jaunes Pages Jaunes sur internet Google Site web Facebook

Indiquez la ou les zones douloureuses



Décrivez votre douleur :

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Raideur | <input type="checkbox"/> Élançement | <input type="checkbox"/> Coup de couteau |
| <input type="checkbox"/> Point | <input type="checkbox"/> Serrement | <input type="checkbox"/> Sourde / Lancinante |
| <input type="checkbox"/> Brûlure | <input type="checkbox"/> Aiguilles | <input type="checkbox"/> Engourdissement |
| <input type="checkbox"/> Lourdeur | <input type="checkbox"/> Pression | <input type="checkbox"/> Choc électrique |

Avez-vous consulté quelqu'un d'autre pour cette condition?

Non Oui Précisez : _____

Quel est votre motif de consultation principal?

Depuis combien de temps? _____

Comment est survenu ce problème?

Graduellement Subitement Accident Je ne sais pas

Quelle est la fréquence de vos douleurs?

Constant Intermittent _____ jours/sem.

Les douleurs sont pires : au lever le jour le soir

la nuit pas de variations dans la journée

Notez l'intensité de votre douleur à l'aide d'un X sur

l'échelle suivante. 0 = aucune douleur 10 = douleur insupportable

0 ----- 10

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fièvre / Frissons | <input type="checkbox"/> Troubles de visions | <input type="checkbox"/> Constipation / Diarrhée |
| <input type="checkbox"/> Infections récurrentes | <input type="checkbox"/> Évanouissement | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Basse / Haute pression | <input type="checkbox"/> Côlon irritable |
| <input type="checkbox"/> Perte de poids inexplicée | <input type="checkbox"/> Cholestérol élevé | <input type="checkbox"/> Difficulté à uriner |
| <input type="checkbox"/> Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Uriner fréquemment |
| <input type="checkbox"/> Fatigue / Insomnie | <input type="checkbox"/> Infarctus / AVC | <input type="checkbox"/> Incontinence |
| <input type="checkbox"/> Dépression / Anxiété | <input type="checkbox"/> Problème de thyroïde | <input type="checkbox"/> Fracture |
| <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Arthrite / Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Commotion cérébrale | <input type="checkbox"/> Asthme / Allergies | <input type="checkbox"/> Bursite / tendinite |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête / Migraines | <input type="checkbox"/> Douleur à l'oreille | <input type="checkbox"/> Douleur au cou |
| <input type="checkbox"/> Perte de mémoire | <input type="checkbox"/> Perte d'audition | <input type="checkbox"/> Douleur entre les omoplates |
| <input type="checkbox"/> Étourdissements / Vertiges | <input type="checkbox"/> Acouphènes | <input type="checkbox"/> Douleur au bas du dos |
| <input type="checkbox"/> Engourdissements | <input type="checkbox"/> Reflux gastriques | <input type="checkbox"/> Sciatique / Hernie discale |
| <input type="checkbox"/> Tremblements | <input type="checkbox"/> Brûlements d'estomac | <input type="checkbox"/> Scoliose |

Femmes :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Règles douloureuses | <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleur | <input type="checkbox"/> Pré-ménopause |
| <input type="checkbox"/> Règles irrégulières | <input type="checkbox"/> Douleur aux seins | <input type="checkbox"/> Ménopause |
- Êtes-vous enceinte? Non Oui À combien de semaine êtes-vous? _____ Date prévue d'accouchement : _____

Êtes-vous : Non-fumeur Fumeur Ancien fumeur **Avez-vous des enfants?** Non Oui Si oui, combien? _____

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

Si oui, précisez : _____

Antécédents familiaux :

Problèmes cardiaques AVC Diabète Cancer Arthrite /Arthrose Troubles de digestion Scoliose
Autre _____

Historique de traumatismes :

- Chutes (enfance, travail, maison, sport etc.) : Oui Non _____
- Accident de voiture / moto / autre? Oui Non _____

Prenez-vous actuellement des médicaments, des produits naturels ou des suppléments?

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

Sommeil : _____ heures/nuit Au levé vous êtes : reposé fatigué Positions de sommeil : Dos Côté Ventre

Activités sportives : _____

Pratiquée de façon : Régulière _____ heures/sem. Irrégulière Sédentaire

Stress : à combien se situe votre niveau de stress sur une échelle de 0 à 10? 0 ----- 10

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

Signature du patient : _____ Date : _____