

Prénom & Nom: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Avez-vous une assurance qui couvre les soins chiropratiques? \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_ Tél. (rés.): \_\_\_\_\_ Tél. (mobile): \_\_\_\_\_

Contact en cas d'urgence (nom et numéro de tél.): \_\_\_\_\_

Qui vous a recommandé à nous? Ami :  Famille:  Internet:  Son nom: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_ Autorisation contact par courriel (confir. de rdv/reçus):

1) Quelle est la raison de votre consultation?  
 Veuillez indiquer vos problèmes par ordre d'importance:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

2) Depuis combien de temps avez-vous votre problème? \_\_\_\_\_

3) Comment est survenu ce problème?

Graduellement:  Soudainement:  Accident:   
 Je ne sais pas:

4) Votre problème est-il présent...?

100% du temps:  75% du temps:  50% du temps:   
 25% du temps:  Moins de 25% du temps:

5) Comment évolue votre problème?

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...?

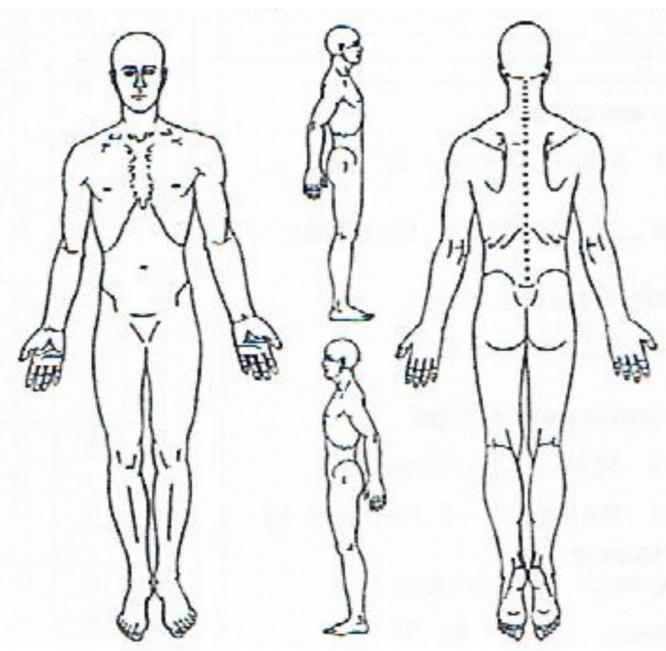
Travailler:  Dormir:  Mener votre routine:

8) Avez-vous consulté un autre professionnel de la santé?

Non:  Chiropraticien:  Médecin:  Autre:

9) Avez-vous eu un problème semblable auparavant? Non:   
 Oui:  Quand? \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer, sur le schéma, les endroits exacts de vos douleurs:



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

Pas de douleur Douleur extrême

<input type="checkbox"/>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Date de votre dernier examen:

	Moins de 6 mois	6-18 mois	Plus de 6 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"/>
Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX**

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

Troubles cardiaques:  Cancer:  Diabète:  Arthrite:

Autre:  Énumérez: \_\_\_\_\_

Âge du père: \_\_\_\_\_ Si décédé, cause: \_\_\_\_\_

Âge de la mère: \_\_\_\_\_ Si décédée, cause: \_\_\_\_\_

Information additionnelle (s'il y a): \_\_\_\_\_

**Prenez-vous des médicaments en ce moment?**

Non:  Relaxants musculaires:

Anti-inflammatoires:  Anti-douleurs:

Anti-coagulants:  Hormones:  Insuline:

Pression artérielle:  Diabète:

Glande thyroïde:  Annovulants:

Autre:  \_\_\_\_\_

**1) Quelle est votre position de travail?**

Debout:  Assis:  En mouvement:

2) Portez-vous des...? Talonnettes:  Orthèses:

3) Habituellement, dormez-vous sur...?

Le dos:  Le côté:  Le ventre:

4) Combien d'heures dormez-vous par nuit?

4h et moins:  5-6 h:  7-8 h:

9-10 h:  10-11 h:  12h ou plus:

5) Consommez-vous...? Si oui, combien?

a) Du tabac/cigarettes: Non:  Oui:  \_\_\_\_\_

b) De l'alcool: Non:  Oui:  \_\_\_\_\_

c) Du café/thé: Non:  Oui:  \_\_\_\_\_

d) Des vitamines et/ou suppléments alimentaires?

Non:  Oui:  Lesquels? \_\_\_\_\_

6) Faites-vous de l'exercice? Non:  Oui:

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de: (veuillez cocher la case appropriée)

	Oui	Non		Oui	Non		
1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies	33)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte ou gain de poids
2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angoisse	34)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pierres aux reins
3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrite	35)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tremblement
4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ballonnements/gaz	36)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles aux pieds
5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Basse pression	37)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cardiaques
6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipation	38)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles circulatoires
7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsions	39)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles respiratoires
8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Démangeaisons	40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de la vue
9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dépression	41)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles digestifs
10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	42)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles d'ordre sexuel
11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrhée	43)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles d'ouïe (oreilles)
12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Echymoses (bleus faciles)	44)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles hormonaux
13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engourdissements	45)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles psychologiques
14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie	46)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles rénaux
15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Éruptions cutanées	47)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varices
16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Étourdissements/vertiges	48)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saignements de nez
17)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évanouissements	49)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sang dans les selles
18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extrémités froides/moites	50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sang dans l'urine
19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatigue	51)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusite
20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracture	52)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uriner fréquemment
21)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frissons	53)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uriner la nuit
22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haute pression	54)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de la prostate
23)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypoglycémie	55)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer
24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinence urinaire	Section réservée aux femmes:			
25)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnie				
26)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritabilité				
27)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies héréditaires				
28)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux de dos				
29)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux de tête				
30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Méningite				
31)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oedème (enflure)				
32)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opération/chirurgie				
56)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Absence de menstruations				
57)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crampes abdominales				
58)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flux menstruel abondant				
59)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menstruations douloureuses				
60)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pertes vaginales				
61)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Symptômes de ménopause				
62)	Êtes-vous enceinte? Oui: <input type="checkbox"/> Non: <input type="checkbox"/> Peut-être: <input type="checkbox"/>						

**PAIEMENTS:**

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

**CONSENTEMENT:**

Je consens à ce que la clinique puisse divulguer verbalement les dates et frais de traitements à mon assureur:

**DÉCLARATION POUR TOUS:**

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et je consens aux examens nécessaires.

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_