

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 : _____

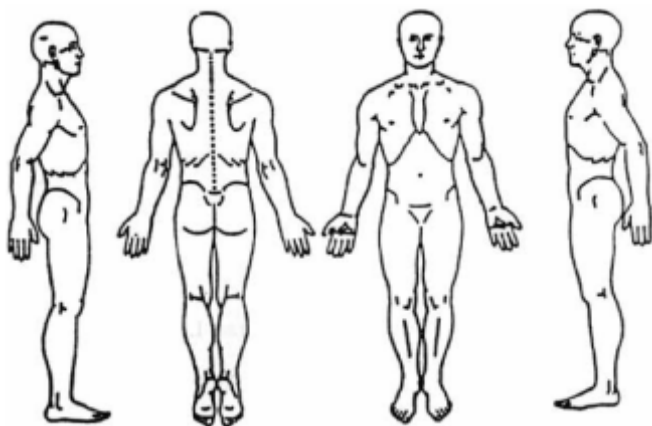
Comment avez-vous choisi la clinique?

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 :

- | | | |
|------------|-------------|-----------------------|
| " Raideur | " Élanement | " Coup de couteau |
| " Point | " Serrement | " Sourde / Lancinante |
| " Brûlure | " Aiguilles | " Engourdissement |
| " Lourdeur | " Pression | " 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 :

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

Femmes :

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Règles douloureuses | ☐ Bouffées de chaleur | ☐ Pré-ménopause |
| ☐ Règles irrégulières | ☐ Douleur aux seins | ☐ 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 : _____