

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : (J/M/A) _____

Statut civil : Marié ☐ Conjoint de fait ☐ Célibataire ☐ Divorcé ☐ Veuf ☐ Autre ☐ Sexe : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Tél. résidence : _____ Tél. cellulaire : _____

Tél. bureau : _____ Courriel : _____

De quelle façon est-ce préférable de vous rejoindre? Tél. résidence ☐ Cellulaire ☐ Tél. 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 ☐

Occupation : _____ Présentement en arrêt de travail? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des enfants? Oui ☐ Non ☐ Combien? _____

Référé par : Autre professionnel ☐ Nom : _____ Clinique : _____

Conjoint ☐ Ami ☐ Parent ☐ Collègue de travail ☐ Nom : _____

Publicité ☐ Site web ☐ Pages jaunes ☐ Facebook ☐ Google ☐ Autre ☐ : _____

Nom de votre médecin de famille : _____

Dernier rendez-vous : _____ Date du dernier examen médical : _____

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien? Oui ☐ Non ☐

Qui? _____ Quand? _____

Personne à rejoindre en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Lien avec vous : _____

CONFIDENTIALITÉ ET CONSENTEMENT À LA COLLECTE DES RENSEIGNEMENTS

La clinique recueille les renseignements personnels et de santé nécessaires à l'ouverture et au suivi de votre dossier. Ils servent à assurer vos soins, gérer votre dossier et respecter les obligations légales. Ils demeurent confidentiels et sont protégés conformément aux lois applicables, dont la Loi 25 et la LRSSS. Vous pouvez demander l'accès ou la rectification de vos renseignements en communiquant avec la clinique.

☐ Je consens à la collecte et à l'utilisation de ces renseignements aux fins décrites ci-dessus.

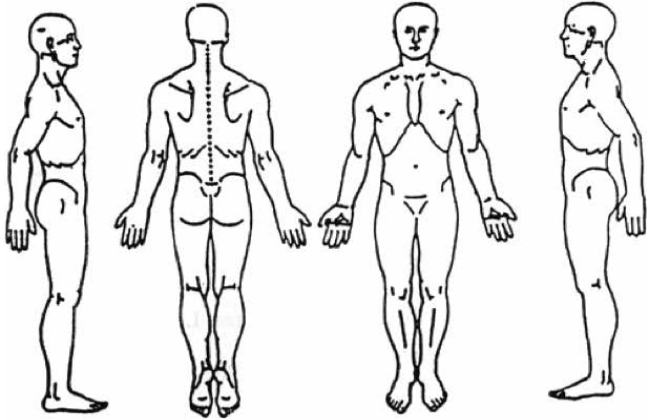
Renseignements dont vous souhaitez restreindre l'accès :

J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer les examens qu'il jugera nécessaires 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 au chiropraticien à votre prochaine visite.

Signature du patient ou de la personne responsable : _____

Date : _____

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



Quel est votre motif de consultation principal?

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 ☐
- Votre problème est-il plus intense...? au lever ☐ le jour ☐ le soir ☐ la nuit ☐

Avez-vous consulté quelqu'un d'autre pour votre condition? Oui ☐ Non ☐

Qui? _____ Quand? _____

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

Si oui, précisez : _____

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

Description _____

Historique de traumatismes :

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 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 produits naturels ou des suppléments alimentaires?

Oui ☐ Non ☐ Lesquels? : _____

Anti-inflammatoires ☐ Relaxants musculaires ☐ Analgésiques ☐ Haute pression ☐ Cholestérol ☐ Anovulants ☐

Glande thyroïde ☐ Diabète ☐ Antidépresseurs ☐ Anxiolytiques ☐ Autres : _____

Date de votre dernier examen : physique _____ sanguin _____ urinaire _____

Êtes-vous? Fumeur ☐ Ancien fumeur ☐ Non-fumeur ☐

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

Général

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Sueurs nocturnes | ☐ Fatigue | ☐ Gain de poids | ☐ Perte de poids inexpliquée |
| ☐ Dépression | ☐ Cancer | ☐ Fièvre | ☐ Épuisement professionnel |
| ☐ Stress | ☐ Perte d'appétit | ☐ Anxiété | ☐ Autre problème psychologique |

Neurologique

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ Étourdissements/vertiges | ☐ Perte de mémoire | ☐ Difficulté à parler | ☐ Parkinson |
| ☐ Évanouissement | ☐ Mal de tête | ☐ Migraine | ☐ Difficulté à marcher |
| ☐ AVC | ☐ Alzheimer | ☐ Faiblesses | ☐ 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 vision | ☐ Vision double | ☐ Perte d'audition | ☐ Acouphène |
| ☐ Douleur à l'oreille | ☐ Glaucome | ☐ Troubles buccaux | ☐ Saignement de nez |

Respiratoire

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--|--|
| ☐ Asthme | ☐ Toux | ☐ Difficulté respiratoire | ☐ 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 _____

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 : _____

Antécédents familiaux : (problème cardiaque, diabète, cancer, arthrite, problème de thyroïde, cholestérol élevé, AVC, etc.)

Mère : _____

Père : _____

Frères/sœurs : _____

Grands-parents : _____

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

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