

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F / M D/N: an ____/ms ____/jr ____
 Adresse : _____ Ville : _____ Code Postal : _____
 Tél. Résidence : _____ Tél. Travail: _____ Tél. Cell : _____
 Occupation : _____ Courriel : _____
 Avez-vous des assurances chiropratiques ? Oui Non Je ne sais pas
 Comment avez-vous été référé à la clinique ? Cochez l'endroit approprié :
 Référence (nom du patient) : _____ pagesjaunes.ca Google Site Web
 Publicité, Journal ou kiosque Facebook Autre professionnel : _____

Êtes-vous **ENCEINTE** ? Oui Non Peut-être Si oui, depuis combien de temps ? _____

MOTIF DE CONSULTATION

- Prévention Blessure sportive Douleurs chroniques Suivi de grossesse Urgence

1- Veuillez indiquer les problèmes pour lesquels vous consultez, par ordre d'importance: _____

2- Depuis quand avez-vous ces symptômes ? _____

3- Comment est survenu ce problème ?
 Graduellement Subitement
 Accident Je ne sais pas

4- Comment évolue votre problème ?
 Stable S'améliore S'aggrave

5- Votre problème est-il présent... ?
 100% du temps 50% du temps
 75% du temps 25% du temps

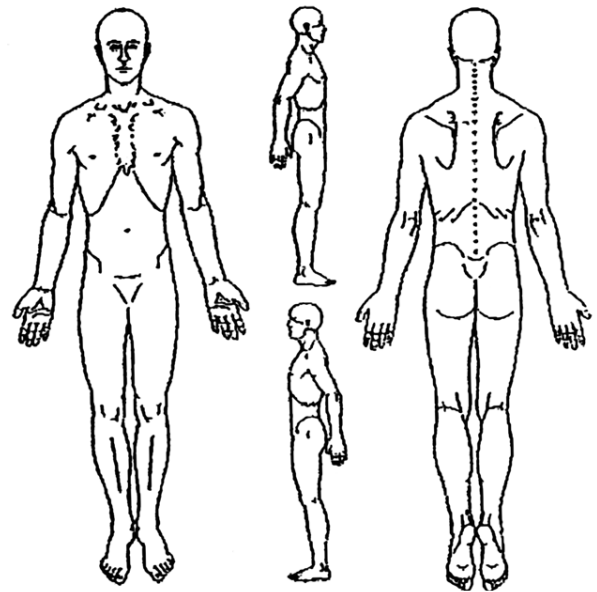
6- Votre problème est-il plus intense... ?
 Au lever Le jour Le soir La nuit

7- Votre problème vous empêche-t-il de ... ?
 Travailler Dormir Mener votre routine

8- Votre symptôme principal est pire dans quelle position ?
 Assis Debout Couché

9- Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème ? Non
 Chiropraticien Médecin Autre

10- Avez-vous eu un problème semblable auparavant
 Non Oui Quand ? _____



Veuillez indiquer les régions douloureuses sur le schéma ci-haut :

Cocher la case qui correspond à la sévérité de votre douleur principale

Absence de douleur					Douleur extrême				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Date de votre dernier examen :

	< 6 mois	6-18 mois	> 18mois	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"/>
Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 11- Votre cas relève-t-il de la C.S.S.T. ? Oui Non 12- Votre cas relève-t-il de la S.A.A.Q. ? Oui Non
13- Quel est votre objectif visé ? a) Un soulagement uniquement
b) Régler la cause de vos symptômes et diminuer les récurrences
c) Avoir une santé optimale et obtenir un état de bien-être

HISTORIQUE MÉDICALE

- 1- Maladies connues : _____
2- Interventions chirurgicales et années : _____
3- Autres hospitalisations : _____
4- Avez-vous déjà eu un accident d'auto ? Non Oui Quand ? _____
Décrivez: _____

- 5- Avez-vous eu d'autres accidents/ Chutes/ Fractures/ Commotion ? _____
6- Avez-vous des allergies ? oui non
Si oui, lesquelles : _____
7- Quel est le nom de votre médecin traitant : _____
8- Quels médicaments prenez vous ? _____

HABITUDES DE VIE

- 1- Vous travaillez : Debout Assis En mouvement
2- Portez-vous des orthèses plantaires ? oui non
3- Vous dormez surtout sur le :
 Ventre Dos Côté droit Côté gauche
4- Combien d'heures dormez-vous par nuit ?
 < 4h 5-6h 7-8h 9-10h 10-11h > 12h
5- Dormez-vous avec un oreiller orthopédique ? oui non

- 6- Consommez-vous ? Si oui, combien ?
- Cigarette non oui _____
- Alcool non oui _____
- Café/thé non oui _____
- Vitamines/suppléments non oui _____
7- Vous faites combien d'heures d'exercice physique par semaine ?
 Jamais < 1h 1-2h 2-4h > 4h

REVUE DES SYSTÈMES : Cochez les symptômes que vous avez expérimentés (à un moment donné)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| Acouphènes <input type="checkbox"/> | Engourdissement <input type="checkbox"/> | Maux de tête <input type="checkbox"/> | Troubles hormonaux <input type="checkbox"/> |
| Amygdalites/laryngites <input type="checkbox"/> | Étourdissement/Vertiges <input type="checkbox"/> | Maux d'oreilles <input type="checkbox"/> | Troubles psychologiques <input type="checkbox"/> |
| Anémie <input type="checkbox"/> | Évanouissement <input type="checkbox"/> | Méningites <input type="checkbox"/> | Troubles de la prostate <input type="checkbox"/> |
| Anorexie/Boulimie <input type="checkbox"/> | Extrémités froides/moites <input type="checkbox"/> | Œdème/enflure <input type="checkbox"/> | Troubles rénaux <input type="checkbox"/> |
| Anxiété/Dépression <input type="checkbox"/> | Fatigue <input type="checkbox"/> | Perte ou gain de poids <input type="checkbox"/> | Troubles urinaires <input type="checkbox"/> |
| Arthrite/ Arthrose <input type="checkbox"/> | Fièvre <input type="checkbox"/> | Pierres aux reins <input type="checkbox"/> | Saignements de nez <input type="checkbox"/> |
| Asthme <input type="checkbox"/> | Fracture <input type="checkbox"/> | Tremblements <input type="checkbox"/> | Sang dans les selles <input type="checkbox"/> |
| Ballonnement/Gaz <input type="checkbox"/> | Haute/Basse pressions <input type="checkbox"/> | Troubles cardiaques <input type="checkbox"/> | Sang dans les urines <input type="checkbox"/> |
| Cancer <input type="checkbox"/> | Hypoglycémie <input type="checkbox"/> | Troubles circulatoires <input type="checkbox"/> | Sinusites <input type="checkbox"/> |
| Constipation <input type="checkbox"/> | Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> | Troubles respiratoires <input type="checkbox"/> | Ménopause <input type="checkbox"/> |
| Convulsions/Épilepsie <input type="checkbox"/> | Insomnie <input type="checkbox"/> | Troubles oculaires <input type="checkbox"/> | Douleurs menstruelles <input type="checkbox"/> |
| Démangeaisons <input type="checkbox"/> | Irritabilité <input type="checkbox"/> | Troubles digestifs <input type="checkbox"/> | Pertes vaginales <input type="checkbox"/> |
| Diabète <input type="checkbox"/> | Maladie héréditaire <input type="checkbox"/> | Troubles d'ordre sexuel <input type="checkbox"/> | Flux menstruel abondant <input type="checkbox"/> |
| Diarrhée <input type="checkbox"/> | Maux de dos <input type="checkbox"/> | Troubles d'ouïe <input type="checkbox"/> | |

Déclaration pour tous

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes ; par la présente, je consens à subir les examens nécessaires. J'assume la responsabilité des frais encourus et de tout solde non défrayé par ma compagnie d'assurance. Je consens également que mon dossier original ainsi que les radiographies soient la propriété de la clinique.

SIGNATURE: _____ DATE : _____

Courriel (Loi C-28)

Je consens à recevoir, à l'occasion, de la documentation, des offres spéciales ou toutes autres nouvelles pertinentes de la part de la clinique Chiropratique Familiale St-Joseph

SIGNATURE: _____ DATE : _____