

# Questionnaire-Santé Adulte

Dre Amélie Bourque, chiropraticienne D.C.

Dre Myriam Landry, chiropraticienne D.C.

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 : \_\_\_\_\_

## MOTIF DE CONSULTATION

- Prévention  Blessure sportive  Douleurs chroniques  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?

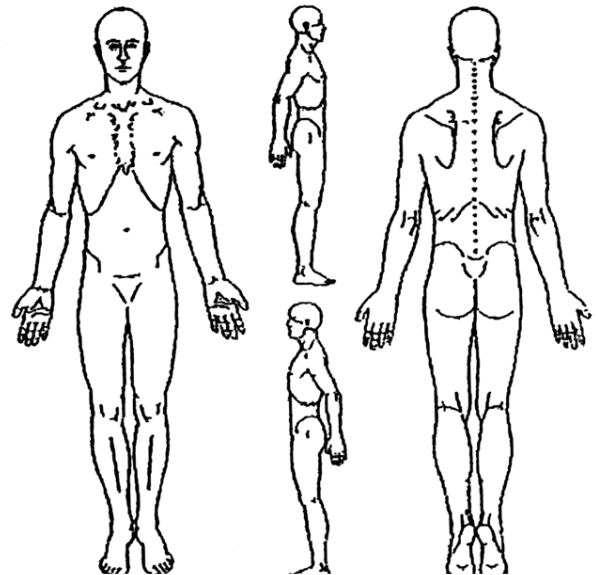
- Assis  Debout  Couché

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 :

Cochez 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"/>

# Questionnaire-Santé Adulte

Dre Amélie Bourque, chiropraticienne D.C.

Dre Myriam Landry, chiropraticienne D.C.

- 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 récides  
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 : \_\_\_\_\_