

## Questionnaire de santé

Bienvenue à La Vie Chiropratique! Ce formulaire nous est d'une grande utilité. Nous vous invitons à prendre le temps de le compléter de votre mieux. Merci.

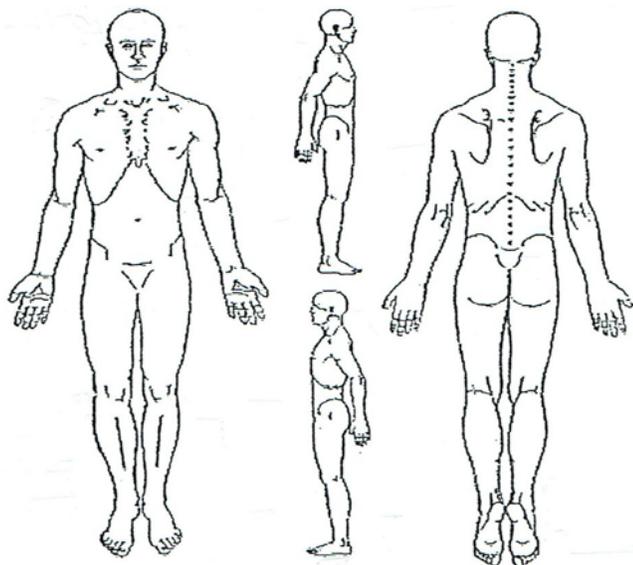
### INFORMATIONS PERSONNELLES

Prénom : _____	Naissance : Jr _____ / mois _____ / an _____
Nom : _____	Âge : _____ Poids : _____ Taille : _____
Adresse : _____	État civil : Cél. <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conj.de fait <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>
Ville : _____	Occupation : _____
Code postal : _____	Employeur : _____
Tél. (rés.) : _____	Nom du conjoint : _____
Tél. (trav.) : _____	Son occupation : _____
Cellulaire : _____	Noms et âges des enfants : 1- _____
Courriel : _____	2- _____
Je désire avoir confirmation de mes rendez-vous par Texto <input type="checkbox"/> et/ou Courriel <input type="checkbox"/> 3- _____	
Nom de votre médecin de famille : _____ 4- _____	

- 1- La majorité des gens qui nous consultent ont été référés par l'un de nos patients. Qui doit-on remercier? \_\_\_\_\_
- 2- Référence: Journal l'Écho \_\_ Journal l'Appel \_\_ Internet \_\_ Pages jaunes \_\_ Kiosque \_\_ Autre : \_\_\_\_\_
- 3- La raison de la consultation : Préoccupation de santé  Prévention  Suivi de grossesse  Autres
- 4- À quand remonte votre dernier examen chiropratique? \_\_\_\_\_ Chiropraticien : \_\_\_\_\_
- 5- Avez-vous reçu des soins chiropratiques suite à cette visite? Les résultats étaient : satisfaisants  moyens  décevants

### DESCRIPTION DES SYMPTÔMES RESSENTIS

Identifiez sur les schémas les zones de préoccupation



Décrivez, en ordre de priorité, les préoccupations de santé que vous souhaitez améliorer.

- |    |   |
|----|---|
| 1. | Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/><br>Depuis quand? |
| 2. | Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/><br>Depuis quand? |
| 3. | Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/><br>Depuis quand? |
| 4. | Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/><br>Depuis quand? |

Qui dans votre famille souffre des mêmes préoccupations de santé? (indiquez le numéro de la préoccupation)

Enfants \_\_\_\_\_ Conjoint(e) \_\_\_\_\_ Parents \_\_\_\_\_ Frères/sœurs \_\_\_\_\_ Autres \_\_\_\_\_

### HISTOIRE DE LA PRÉOCCUPATION DE SANTÉ

1-Avez-vous déjà consulté pour un des motifs inscrits (1-4)?	Non <input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
2-Comment évolue(nt) votre(vos) préoccupation(s) de santé?	1- s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/> 2- s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/> 3- s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/> 4- s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/>
3-Avez-vous déjà souffert dans le passé de la préoccupation suivante (si oui, en quelle année) :	1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____
4-Cette(ces) préoccupation(s) détériore(nt) votre qualité de vie :	au travail <input type="checkbox"/> à la maison <input type="checkbox"/> loisirs <input type="checkbox"/> sommeil <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>
5-Votre préoccupation de santé principale (1) vous affecte :	100%du temps <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> moins de 25% <input type="checkbox"/>
6-Cette préoccupation de santé (1) est pire dans les positions :	debout <input type="checkbox"/> assise <input type="checkbox"/> couchée <input type="checkbox"/> autres : _____
7-Prenez-vous des médicaments pour cette préoccupation (1)?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> : _____
8-Prenez-vous des médicaments sur une base régulière? →	Non <input type="checkbox"/> anti-inflammatoires <input type="checkbox"/> relaxants musculaires <input type="checkbox"/>
9-Prenez-vous des suppléments nutritionnels sur une base régulière? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> _____	anti-hypertenseurs <input type="checkbox"/> anti-dépresseurs <input type="checkbox"/> glande thyroïde <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> anovulants <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> : _____

### ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

1- Âge de la mère :	Si décédée, cause:
2- Âge du père :	Si décédé, cause :
3- Un membre de votre famille souffre-t-il de ...	Maladie cardiaque <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>

### HABITUDES DE VIE

1- Vous travaillez souvent :	debout <input type="checkbox"/> assis <input type="checkbox"/>
2- Portez-vous des orthèses plantaires?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> depuis quand : _____
3- Déterminez votre consommation : (encerclez jour ou sem.)	Tabac : /jour ou sem. Alcool : /jour ou sem. Café : /jour ou sem. Eau : /jour
4-Vous dormez surtout sur:	dos <input type="checkbox"/> côté <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/>
5-Vous dormez (par nuit) :	8h+ <input type="checkbox"/> 6-8h <input type="checkbox"/> -de 6h <input type="checkbox"/>
6-Vous faites de l'exercice (par semaine) :	4h+ <input type="checkbox"/> 2-4h <input type="checkbox"/> 1-2h <input type="checkbox"/> -de1h <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Chirurgies passées ?	
Hospitalisations? (inscrire l'année)	

### REVUE DES SYSTÈMES – Identifiez les symptômes et troubles qui vous sont familiers :

<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Ecchymoses	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Tr. des pieds	<input type="checkbox"/> Tr. système nerveux
<input type="checkbox"/> Angoisse	<input type="checkbox"/> Engourdissements	<input type="checkbox"/> Insomnie	<input type="checkbox"/> Tr. visuel ou auditif	<input type="checkbox"/> Saignements de nez
<input type="checkbox"/> Arthrite/arthrose	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Irritabilité	<input type="checkbox"/> Tr. cardiaques	<input type="checkbox"/> Sang dans les selles
<input type="checkbox"/> Enflure	<input type="checkbox"/> Étourdissements	<input type="checkbox"/> Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/> Tr. circulatoires	<input type="checkbox"/> Sang dans les urines
<input type="checkbox"/> Basse pression	<input type="checkbox"/> Évanouissements	<input type="checkbox"/> Maux de dos	<input type="checkbox"/> Tr. digestifs	<input type="checkbox"/> Sinusites
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Extrémités froides	<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Tr. rénaux	<input type="checkbox"/> Uriner fréquemment
<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Méningite	<input type="checkbox"/> Tr. respiratoires	<input type="checkbox"/> Uriner la nuit (plus de 2 fois)
<input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/> Fractures	<input type="checkbox"/> Pierres rénales	<input type="checkbox"/> Tr. sexuels	<input type="checkbox"/> Varices
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Haute pression	<input type="checkbox"/> Tremblements	<input type="checkbox"/> Tr. hormonaux	<input type="checkbox"/> Autres _____
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Hypoglycémie	<input type="checkbox"/> Troubles de poids	<input type="checkbox"/> Tr. psychologiques	
<b>Section féminine</b> <input type="checkbox"/> Abs. de menstruation <input type="checkbox"/> Crampes au ventre <input type="checkbox"/> Flux menstruel abondant <input type="checkbox"/> Age 1 <sup>ères</sup> menstruations _____				
<input type="checkbox"/> Symptômes de ménopause <input type="checkbox"/> Êtes-vous enceinte? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Peut-être <input type="checkbox"/>				

-Les soins chiropratiques, les examens et les radiographies sont payables selon l'entente convenue avec les responsables. Les radiographies ainsi que le dossier appartiennent à la clinique et y demeurent en tout temps.

-J'atteste de la véracité et de l'exactitude des informations inscrites ci-haut et consens à subir les examens nécessaires.

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