

## Questionnaire de santé - Massothérapie

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. Si nous avons déjà vos informations personnelles, veuillez passer directement à la section des symptômes. Merci.

### INFORMATIONS PERSONNELLES

Prénom : \_\_\_\_\_ Naissance : Jr \_\_\_\_ / mois \_\_\_\_ / an \_\_\_\_ Sexe: F  M

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ État civil : Cél.  Marié(e)  Conj.de fait  Divorcé(e)  Veuf(ve)

Ville : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

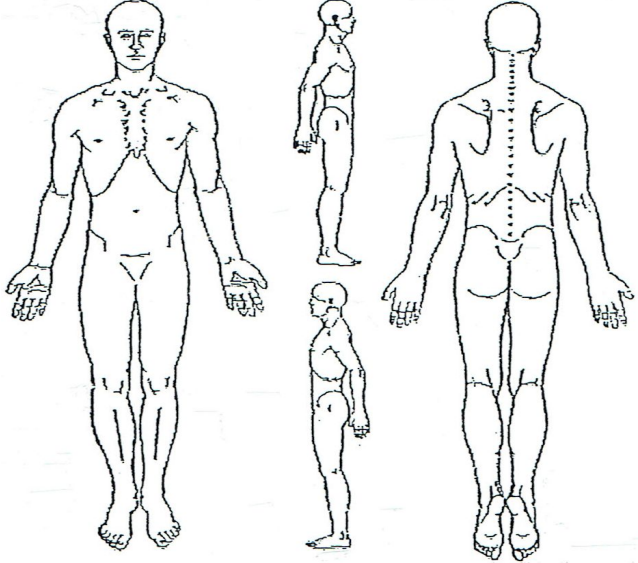
Tél. (rés.) : \_\_\_\_\_ Tél. (trav.) : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

En cas de besoin, vous pouvez me contacter par Texto  ou Courriel

- 1- La majorité des gens qui nous consultent ont été référés par l'un de nos patients. Qui doit-on remercier? \_\_\_\_\_
- 2- Référence: Journal \_\_\_ Internet/site web \_\_\_ Pages jaunes \_\_\_ Publipostage \_\_\_ Kiosque \_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_
- 3- La raison de la consultation : Préoccupation de santé  Prévention  Suivi de grossesse  Autres
- 4- À quand remonte votre dernier massage? \_\_\_\_\_ Type de massage? \_\_\_\_\_ Contre-indication? \_\_\_\_\_
- 5- Nom du massothérapeute? \_\_\_\_\_ 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"/> Depuis quand?
	2. Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> Depuis quand?
	3. Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> Depuis quand?
	4. Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> 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- Horaire de la douleur :	Au lever <input type="checkbox"/> en fin de journée <input type="checkbox"/> la nuit <input type="checkbox"/> en continu <input type="checkbox"/> avec les activités <input type="checkbox"/>
7- Intensité de la douleur de 0 à 10 :	Aujourd'hui : _____ Au pire : _____ En général : _____
8- Sensation de la douleur :	Engourdissement <input type="checkbox"/> élancement <input type="checkbox"/> irradiation <input type="checkbox"/> raideur <input type="checkbox"/> picotement <input type="checkbox"/> poignard <input type="checkbox"/> diffuse <input type="checkbox"/> brûlure <input type="checkbox"/> fatigue <input type="checkbox"/>
9- Cette préoccupation de santé (1) est pire dans les positions :	Debout <input type="checkbox"/> assise <input type="checkbox"/> couchée <input type="checkbox"/> autres : _____
10- Facteurs déclenchant la douleur :	Mouvement <input type="checkbox"/> Posture prolongée <input type="checkbox"/> (laquelle : _____)
11- Facteurs de soulagement de la douleur :	Glace <input type="checkbox"/> chaleur <input type="checkbox"/> étirements <input type="checkbox"/> repos <input type="checkbox"/> médicament <input type="checkbox"/>
10- Prenez-vous des médicaments pour cette préoccupation (1)?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> : _____
11- Prenez-vous des médicaments sur une base régulière? → 12- Prenez-vous des suppléments nutritionnels sur une base régulière? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> _____	Non <input type="checkbox"/> anti-inflammatoires <input type="checkbox"/> relaxants musculaires <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"/> : _____

**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 /semaine Alcool : / jour ou /semaine Café : / jour ou /semaine Eau : L / 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"/> - de 1h <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> Problème musculo-squelettique (bursite, tendinite, arthrose, arthrite, hernie, fibromyalgie, ...)
<input type="checkbox"/> Problème circulatoire (hypo ou hypertension artérielle, varice, phlébite, œdème, ecchymose, infarctus, étourdissements,...)
<input type="checkbox"/> Problème de peau (eczéma, plaie, urticaire, infection, démangeaison, pied d'athlète, ...)
<input type="checkbox"/> Problème nerveux (angoisse, insomnie, épilepsie, tremblements, dépression, irritabilité, fatigue, ...)

-Les soins de massothérapie sont payables selon l'entente convenue avec les responsables.

-J'atteste de la véracité et de l'exactitude des informations inscrites ci-haut et consens à recevoir les soins appropriés.

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_ **Massothérapeute :** \_\_\_\_\_