Questionnaire de santé – Thérapie sportive

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?_____

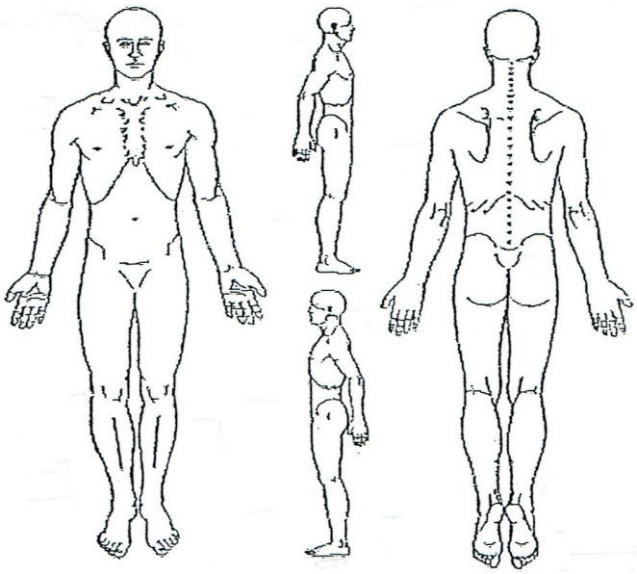
2- Référence: Journal ___ Internet/site web ___ Pages jaunes ___ Publipostage___ Kiosque ___ Autre : _____

3- La raison de la consultation : Préoccupation de santé ☐ Prévention ☐ Suivi de grossesse ☐ Autres ☐

4- À quand remonte votre dernier soin en thérapie sportive ou en physiothérapie?_____

5- Nom du thérapeute? _____ 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 ☐ progressif ☐ subitement ☐ Depuis quand?
	2. Apparition : accident ☐ progressif ☐ subitement ☐ Depuis quand?
	3. Apparition : accident ☐ progressif ☐ subitement ☐ Depuis quand?
	4. Apparition : accident ☐ progressif ☐ subitement ☐ 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 □ Chiropraticien □ Médecin □ Autres □
2-Comment évolue(nt) votre(vos) préoccupation(s) de santé?	1- s'améliore □ se détériore □ ne change pas □ 2- s'améliore □ se détériore □ ne change pas □ 3- s'améliore □ se détériore □ ne change pas □ 4- s'améliore □ se détériore □ ne change pas □
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 □ à la maison □ loisirs □ sommeil □ autres □
5-Votre préoccupation de santé principale (1) vous affecte :	100% du temps□ 75%□ 50%□ 25%□ moins de 25%□
6- Horaire de la douleur :	Au lever □ en fin de journée □ la nuit □ en continu □ avec les activités □
7- Intensité de la douleur de 0 à 10 :	Aujourd'hui :_____ Au pire :_____ En général :_____
8- Sensation de la douleur :	Engourdissement □ élancement □ irradiation □ raideur □ picotement □ poignard □ diffuse □ brûlure □ fatigue □
9- Cette préoccupation de santé (1) est pire dans les positions :	Debout □ assise □ couchée □ autres : _____
10- Facteurs déclenchant la douleur :	Mouvement □ Posture prolongée □ (laquelle :_____)
11- Facteurs de soulagement de la douleur :	Glace □ chaleur □ étirements □ repos □ médicament □
10- Prenez-vous des médicaments pour cette préoccupation (1)?	Non □ Oui □ : _____
11- Prenez-vous des médicaments sur une base régulière? → 12- Prenez-vous des suppléments nutritionnels sur une base régulière? Non □ Oui □ _____	Non □ anti-inflammatoires □ relaxants musculaires □ anti-hypertenseurs □ anti-dépresseurs □ glande thyroïde □ diabète □ anovulants □ autres □ : _____

HABITUDES DE VIE

1- Vous travaillez souvent :	Debout □ Assis □
2- Portez-vous des orthèses plantaires?	Oui □ Non □ 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 □ côté □ ventre □
5-Vous dormez (par nuit) :	8h+ □ 6-8h □ -de 6h □
6-Vous faites de l'exercice (par semaine) :	4h+ □ 2-4h □ 1-2h □ - de1h □ jamais □

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

□ Problème musculo-squelettique (bursite, tendinite, arthrose, arthrite, hernie, fibromyalgie, …)

□ Problème circulatoire (hypo ou hypertension artérielle, varice, phlébite, œdème, ecchymose, infarctus, étourdissements,…)

□ Problème de peau (eczéma, plaie, urticaire, infection, démangeaison, pied d'athlète, …)

□ Problème nerveux (angoisse, insomnie, épilepsie, tremblements, dépression, irritabilité, fatigue, …)

-Les soins en thérapie sportive 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 : _____ Thérapeute sportif : _____