la vie chiropratique

QUESTIONNAIRE SUR VOS HABITUDES ALIMENTAIRES

Combien de repas consommez-vous par jour? _____

Combien de collations consommez-vous par jour? _____

En général, à quelle heure prenez-vous votre dernier repas? _____

Avez-vous tendance à grignoter le soir ou entre les repas? _____

Consommez-vous, à chaque repas…

Un fruit ou l'équivalent d'un ou deux légumes entiers? _____

L'équivalent de votre paume de main :

De volaille, viande, poisson, œufs, légumineuses, tofu? _____

De grains entiers (quinoa, riz brun, avoine, orge, etc.)? _____

Mangez-vous régulièrement :

Des viandes transformées (bacon, jambon, pepperoni, etc.)? _____

Des produits laitiers (lait, fromage, yogourt)? _____

Combien de fois par semaine en moyenne consommez-vous…

Des petits plats surgelés? _____ Du fast-food? _____ Au restaurant? _____

Buvez-vous au moins 500 ml d'eau chaque jour (environ 4 verres moyens)**?** _____

Combien buvez-vous par semaine de…

Boissons gazeuses? _____ Boissons alcoolisées? _____ Jus de fruit sucrés? _____

Verres de lait (spécifiez la sorte)? _____ (_____) Café? _____ Thé? _____

Que buvez-vous d'autres? _____

Combien de fois par semaine consommez-vous un dessert suite au repas? _____

Placez en ordre d'importance les raisons qui nuisent le plus à l'adoption de saines habitudes alimentaires (1 étant le plus important, 5 le moins important) :

Manque de connaissance ____, organisation ____, motivation ____, temps ____, budget ____.

la vie chiropratique

QUESTIONNAIRE SUR VOS HABITUDES DE SOMMEIL

Combien d'heures par nuit dormez-vous? _____

Avez-vous un horaire de sommeil stable (incluant les fins de semaine)? _____

Considérez-vous votre sommeil comme étant récupérateur? (donnez des détails svp)

_____

_____

Quelle est votre posture de sommeil (dos, côté, ventre, bras sous l'oreiller, bras dans les airs)

_____

Vous réveillez-vous courbaturé après vos nuits de sommeil? _____

Depuis combien de temps possédez-vous votre oreiller? _____

Croyez-vous qu'il vous offre un bon support au niveau de votre cou? _____

À quand remonte l'achat de votre matelas actuel? _____

Est-il ferme, vous offre-t-il un bon soutien? _____

Souffrez-vous d'apnée du sommeil ou de ronflement dérangeant? _____

Est-ce que vous serrez/grincez les dents pendant le sommeil? _____

Avez-vous envie de vous endormir après le dîner ou en fin d'après-midi? _____

Combien de fois par nuit êtes-vous réveillé au cours de votre sommeil? _____

À combien de temps estimez-vous la période qui précède votre endormissement? _____

Placez en ordre d'importance les raisons qui nuisent le plus à l'adoption de saines habitudes de sommeil (1 étant le plus important, 5 le moins important) :

Manque de connaissance ____, organisation ____, motivation ____, temps ____, budget ____.

Nous vous offrons la possibilité de nous apporter votre oreiller lors de votre prochaine visite, afin de vérifier s'il supporte convenablement votre cou et s'il est bien adapté à votre physionomie. Est-ce quelque chose qui vous intéresse? ☐ Oui certainement ☐ Non merci ☺

la vie chiropratique

QUESTIONNAIRE SUR VOTRE GESTION DE STRESS

Évaluez de 0 à 10 votre niveau de stress (0 = pas de stress, 10 = extrêmement stressé)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Évaluez votre niveau de satisfaction par rapport à votre vie (de 1 à 10)

	Peu satisfait									Très satisfait
Personnelle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Professionnelle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Familiale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sociale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Financière	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Santé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quels sont les irritants de votre vie actuelle (vos réponses demeureront confidentielles)**?**

_____

_____

_____

Par quel moyen gérez-vous habituellement votre stress? _____

Connaissez-vous des techniques de gestion du stress? _____

Quelles modifications aimeriez-vous apporter pour avoir une meilleure qualité de vie?

_____

_____

Combien de temps et d'efforts êtes-vous prêts à y investir? _____

Placez en ordre d'importance les raisons qui nuisent le plus à l'adoption de saines habitudes dans la gestion de vos stress (1 étant le plus important, 5 le moins important) :

Manque de connaissance ____, organisation ____, motivation ____, temps ____, budget ____.

la vie chiropratique

QUESTIONNAIRE SUR VOTRE EXERCICE PHYSIQUE

Combien d'heures d'activités physiques faites-vous en moyenne par semaine? _____

Quelles sont les activités ou les sports que vous aimez pratiquer :

Au cours de l'été? : _____

En hiver? : _____

En moyenne, combien de fois par semaine faites-vous des exercices qui augmentent de façon significative votre pulsation cardiaque, et cela, pour au moins 20 minutes? _____/semaine

En moyenne, combien de fois par semaine faites-vous des exercices de renforcement musculaire (au gym ou à la maison) ? _____/semaine

Comment considérez-vous votre niveau de : *(excellent, bon, moyen, passable, pauvre)*

- Santé cardio-vasculaire ? _____
- Capacité musculaire ? _____
- Flexibilité ? _____

Combien d'heures par semaine passez-vous assis au travail ou à la maison ? _____

Quelles restrictions vous empêchent de pratiquer certaines activités physiques ?

_____

Quels sont vos objectifs en ce qui a trait à votre niveau d'activité physique?

_____

_____

Combien d'heures par semaine êtes-vous prêt à mettre pour atteindre vos objectifs? _____

Placez en ordre d'importance les raisons qui nuisent le plus à l'ajout d'activité physique dans votre vie (1 étant le plus important, 5 le moins important) :

Manque de connaissance ____, organisation ____, motivation ____, temps ____, budget ____.

la vie chiropratique

QUESTIONNAIRE SUR VOTRE ERGONOMIE

Quel emploi occupez-vous? _____

Combien d'heures travaillez-vous par semaine? _____ Assis? _____ Debout? _____

Ressentez-vous des douleurs ou des tensions musculaires au travail ou après une journée de travail?

Maux de tête	☐	Douleurs au(x) épaule(s)	☐	Douleurs lombaire	☐
Douleurs au cou	☐	Douleurs au(x) coude(s)	☐	Douleurs au(x) hanche(s)	☐
Fatigue oculaire	☐	Douleurs au(x) poignets(s)	☐	Douleurs au(x) jambe(s)	☐
Sécheresse oculaire	☐	Engourdissement main(s)	☐	Engourdissement jambe(s)	☐

Autre, spécifiez : _____

Vos douleurs cessent à quel moment (dès que vous bougez, après votre journée de travail, après une nuit de sommeil, mes douleurs ne cessent pas) _____

À quelle fréquence prenez-vous des pauses? _____

Sentez-vous le besoin de changer régulièrement de position sur votre chaise? _____

Faites-vous des exercices ou des étirements durant votre journée de travail? _____

Avec combien d'écran(s) travaillez-vous? ____ **De quel côté utilisez-vous votre souris?** _____

Dans quelle mesure considérez-vous votre poste de travail comme confortable?
(1 = pas confortable du tout, 10 = très confortable)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vous sentez-vous bien soutenu par votre chaise de travail? _____

Avez-vous déjà été accompagné par un professionnel, ou une personne ressource au travail, pour vous aider à ergonomiser votre poste de travail? Si oui, qui? _____

Placez en ordre d'importance les raisons qui vous empêchent d'avoir une bonne ergonomie au travail comme à la maison (1 étant le plus important, 5 le moins important) :

Manque de connaissance ____, organisation ____, motivation ____, temps ____, budget ____.

Nous offrons la possibilité d'analyser votre poste de travail, afin de vérifier s'il supporte convenablement votre posture et s'il est bien adapté à votre physionomie. Seriez-vous intéressé par ce service? ☐ Oui certainement ☐ Non merci ☺