

504 rue Notre-Dame, suite 2400 (entrée bloc B), Repentigny  
**450.841.0774**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_  
 Tél. Résidence : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_ Tél. Cell : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_  
 Nom du conjoint : \_\_\_\_\_  
 Avez-vous des enfants ?  oui  non Si oui, combien ?  1  2  3  4  5  
 Comment avez-vous été référé à la clinique ? Cochez l'endroit approprié :  
 Référence (nom du patient) : \_\_\_\_\_  Pages Jaunes (bottin)  Pages Jaunes (web)  Site WEB  
 Publicité, Journal ou kiosque  Autre professionnel : \_\_\_\_\_  Google

**Êtes-vous ENCEINTE ?**  oui  non  peut-être, si oui de combien de semaines ? \_\_\_\_\_

### MOTIF DE CONSULTATION

Prévention  Préoccupation de santé ou  Suivi de grossesse

1. Quels sont vos symptômes majeurs (par ordre d'importance) ?

- I. \_\_\_\_\_  
 II. \_\_\_\_\_  
 III. \_\_\_\_\_

2. Depuis quand avez-vous ces symptômes ?

- I. \_\_\_\_\_  
 II. \_\_\_\_\_  
 III. \_\_\_\_\_

3. Comment sont apparus ces symptômes ?

- I.  Accident  Progressivement  Subitement ou  Je ne sais pas  
 II.  Accident  Progressivement  Subitement ou  Je ne sais pas  
 III.  Accident  Progressivement  Subitement ou  Je ne sais pas

4. Comment progressent vos symptômes ?

- I.  Stable  S'améliorent  Se détériorent  
 II.  Stable  S'améliorent  Se détériorent  
 III.  Stable  S'améliorent  Se détériorent

5. Veuillez indiquer les régions douloureuses sur le schéma ci-haut

6. Votre symptôme principal est-il présent :  100% du temps  75% du temps  50% du temps  
 25% du temps  moins de 25 % du temps

7. Votre symptôme principal est-il pire :  Au réveil  Le jour  Le soir  La nuit

8. Votre symptôme principal est pire dans quelle position ?

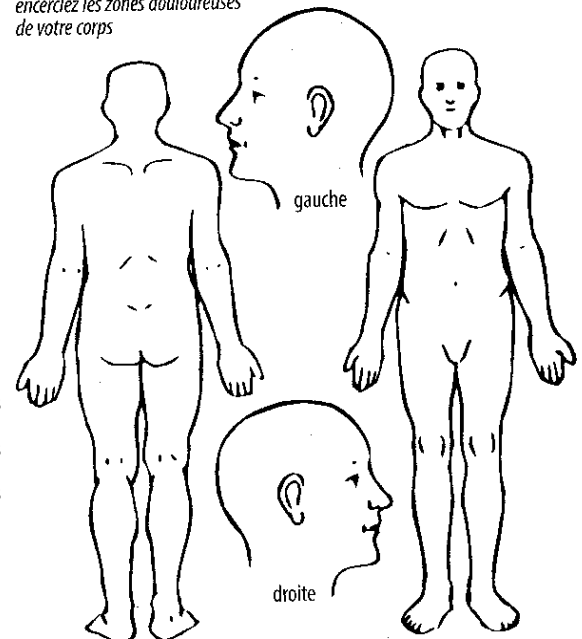
Assis  Couché  Debout

9. Cochez la case qui correspond à l'intensité de votre douleur principale :

Pas de douleur Douleur extrême

- 
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*encerclez les zones douloureuses de votre corps*



504 rue Notre-Dame, suite 2400 (entrée bloc B), Repentigny

**450.841.0774**

 10. Prenez-vous des médicaments ou produits naturels pour diminuer vos symptômes ?  Oui  Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

 11. Est-ce le premier épisode de douleur semblable ?  Oui  Non

12. Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé pour ce problème ? Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

 13. Quel est votre objectif visé ? a)  Un soulagement uniquement

 b)  Régler la cause réelle de vos symptômes et diminuer les récurrences

 c)  Devenir en meilleure santé de façon générale et obtenir un état de bien-être

 14. Avez-vous déjà consulté un docteur en chiropratique par le passé ?  Oui  Non Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

**HISTOIRE ANTÉRIEURE DE SANTÉ :**

1. Maladies connues : \_\_\_\_\_

2. Médicaments et/ou vitamines et/ou produits naturels/homéo.: \_\_\_\_\_

3. Chirurgie/hospitalisations et années : \_\_\_\_\_

5. Accidents/Chutes/Fractures (années) : \_\_\_\_\_

7. Quel est le nom de votre médecin traitant : \_\_\_\_\_

 8. Avez-vous subi un examen radiologique ou autres imageries au cours des 3 dernières années ?  oui  non

Si oui, inscrivez de quelles parties du corps : \_\_\_\_\_

 6. Souffrez-vous d'allergies ?  oui  non Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

**HABITUDES DE VIE :**

 1. Vous travaillez souvent :  Debout  Assis

 2. Portez-vous des orthèses plantaires ?  oui  non

3. Vous dormez surtout sur le :

 Ventre  Dos  Côté droit  Côté gauche

 4. Dormez-vous avec un oreiller orthopédique ?  oui  non

 5. Vous faites combien d'heures d'exercice physique par semaine ?  
 Jamais  < 1 heure  1-2 heures  2-4 heures  > 4 heures

 6. Êtes-vous fumeur ?  oui  non

**REVUE DES SYSTÈMES: Cochez les symptômes qui vous sont familiers**

Étourdissements	<input type="checkbox"/>	Acouphènes	<input type="checkbox"/>	Troubles Digestifs	<input type="checkbox"/>	Démangeaisons	<input type="checkbox"/>
Évanouissements	<input type="checkbox"/>	Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	Constipation	<input type="checkbox"/>	Tr. Thyroïdiens	<input type="checkbox"/>
Anxiété/Dépression	<input type="checkbox"/>	Sinusites	<input type="checkbox"/>	Diarrhées	<input type="checkbox"/>	Arthrite/Arthrose	<input type="checkbox"/>
Épilepsie/Convulsions	<input type="checkbox"/>	Amygdalites/laryngites	<input type="checkbox"/>	Sang des selles	<input type="checkbox"/>	Hypoglycémie	<input type="checkbox"/>
Tremblements	<input type="checkbox"/>	Tr. circulatoires	<input type="checkbox"/>	Sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	Anorexie/Boulimie	<input type="checkbox"/>
Fièvre	<input type="checkbox"/>	Haute/Basse pression	<input type="checkbox"/>	Tr. du foie	<input type="checkbox"/>	Douleurs menstruelles	<input type="checkbox"/>
Perte de poids importante	<input type="checkbox"/>	Extrémités froides	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	Ménopause	<input type="checkbox"/>
Fatigue importante	<input type="checkbox"/>	Enflure/Œdème	<input type="checkbox"/>	Anémie	<input type="checkbox"/>	Insomnie	<input type="checkbox"/>
Troubles oculaires	<input type="checkbox"/>	Tr. Cardiaque	<input type="checkbox"/>	Tr. Urinaires	<input type="checkbox"/>	Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>
Rhumes fréquents	<input type="checkbox"/>	Troubles Pulmonaires	<input type="checkbox"/>	Tr. de la prostate	<input type="checkbox"/>	Anomalie congénitale	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	Troubles Rénaux	<input type="checkbox"/>	Problèmes de peau	<input type="checkbox"/>		

**Déclaration pour tous**

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes; par la présente, j'autorise le chiropraticien à effectuer sur ma personne un examen physique et la prise de films radiographiques, si jugés nécessaires. J'assume la responsabilité des frais encourus et de tout solde non défrayé par ma compagnie d'assurance.

Votre adresse courriel sera utilisée uniquement à vous transmettre de l'information et restera confidentielle.

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

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