

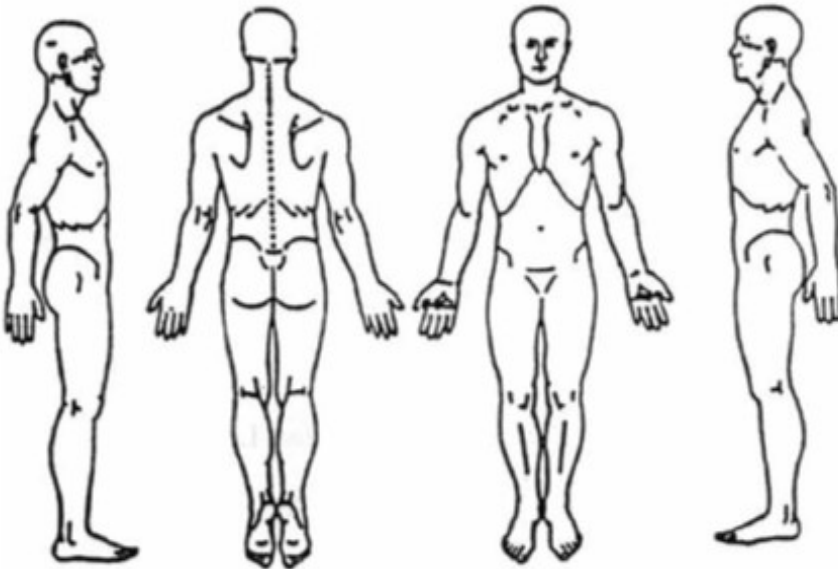


Informations / Ouverture de dossier

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F H
Date de naissance (J/M/A) : _____ Âge : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____
Tél. résidence : _____ Tél. bureau : _____ Tél. cellulaire : _____
Courriel : _____ Occupation : _____
De quelle façon est-ce préférable de vous rejoindre ? Résidence Bureau Cellulaire Courriel
Avez-vous des enfants ? Oui Non si oui, combien ? : _____
Comment avez-vous été référé à la clinique : Référence (nom du patient) _____ Site web
 Google Publicité Facebook Autre professionnel _____
Êtes-vous enceinte ? Oui Non

Questionnaire d'admission

- Veuillez encercler les endroits douloureux sur le dessin



- Quel est votre motif de consultation principal ?

- Vos autres problèmes en ordre d'importance ?

- Depuis combien de temps ressentez-vous votre problème principal ? _____

- Quelle est l'intensité de la douleur ? Léger 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrême

- Comment est survenu ce problème ? Graduellement Subitement Accident Je ne sais pas

- Votre problème est-il plus intense ? Au lever Le jour Le soir La nuit

- Comment évolue votre problème ? S'améliore S'aggrave Inchangé

- Votre problème est-il présent ? 100% du temps 75% du temps 50% du temps 25% du temps

- Qu'est-ce qui aggrave la douleur ? _____

- Qu'est-ce qui soulage la douleur ? _____

- Avez-vous déjà eu ce problème auparavant ? Oui Non si oui, quand ? _____

- Avez-vous consulté un autre professionnel de la santé pour cette condition ? Oui Non

si oui, qui ? _____ quand ? _____



- Quel est votre objectif de traitement ?** Soulagement uniquement
 Corriger la cause de vos symptômes
 Optimiser de façon générale sa santé et diminuer les possibilités de récives

Historique de santé, souffrez-vous de... : (cochez ce qui vous concerne)

<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Arthrose/Arthrite	<input type="checkbox"/> Changement visuel	<input type="checkbox"/> Étourdissements/Vertiges
<input type="checkbox"/> Stress/Anxiété	<input type="checkbox"/> Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/> Changement auditif	<input type="checkbox"/> Évanouissements
<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Blessure à la tête	<input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire	<input type="checkbox"/> Mal de tête/Migraine
<input type="checkbox"/> Enflure/Œdème	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Haute/Basse pression	<input type="checkbox"/> Douleurs menstruelles
<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Hernie discale	<input type="checkbox"/> Nausée/Vomissement	<input type="checkbox"/> Perte de poids inexplicable
<input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Hypoglycémie/Hyperglycémie
<input type="checkbox"/> Tremblements	<input type="checkbox"/> Cholestérol	<input type="checkbox"/> Troubles digestifs	Autres: _____

- Nom de votre médecin de famille : _____
- Avez-vous des maladies connues ? Oui Non Avez-vous des allergies connues ? Oui Non
 si oui, lesquelles : _____
- Prenez-vous des médicaments (prescrits ou non) ou produits naturels ? Oui Non
 si oui, lesquels : _____

Historique de traumatisme, avez-vous déjà... :

- subi des accidents/chutes importantes (au travail, enfance, maison, etc.) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non si oui, précisez : _____
- été hospitalisé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non quand ? _____ - antécédent de fracture ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- subi une intervention chirurgicale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non quand ? _____ si oui, précisez : _____

- Avez-vous des antécédents de problèmes familiaux (cardiaque, diabète, cancer, arthrite, etc.) ? Oui Non
 si oui, précisez : _____

Habitudes de vie	Travail
- Êtes-vous fumeur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	- Quelle est votre position de travail ? <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Debout <input type="checkbox"/> En mouvement
- Quelles activités pratiquez-vous (sports/loisirs) ? _____	- Qu'est ce qui s'applique à votre travail ? <input type="checkbox"/> Lever des charges <input type="checkbox"/> Mouvements répétitifs <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Ordinateur <input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Environnement stressant <input type="checkbox"/> Mauvaises postures
- Quelle est votre position de sommeil ? <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Ventre Côté : <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	

- Avez-vous d'autres inquiétudes ou spécifications au sujet de votre santé ? Oui Non
 si oui, précisez : _____

Je déclare avoir rempli ce formulaire au meilleur de mes connaissances et j'autorise le chiropraticien à effectuer les examens qu'il jugera nécessaires à l'ouverture de mon dossier. Les informations que vous nous avez fournies resteront confidentielles et vos coordonnées seront utilisées pour communiquer avec vous.

Signature du patient ou de la personne responsable : _____ Date : _____