

QUESTIONNAIRE DE CONSULTATION ADULTE

1. RENSEIGNEMENTS

Prénom et nom _____

Date de naissance (jj-mm-aa) _____

Âge _____

Adresse _____

Ville _____

Code Postal _____

Cellulaire _____

Téléphone _____

Courriel _____

Confirmation par : courriel appel

Occupation _____

Enfant(s) à charge: Non Oui, âge(s) _____

Avez-vous une assurance couvrant les soins?

Non Oui

Votre cas relève-t-il de la CNESST? Non Oui

SAAQ? Non Oui

Indiquez votre référencement

site web kiosque autre : _____

patient, nom : _____

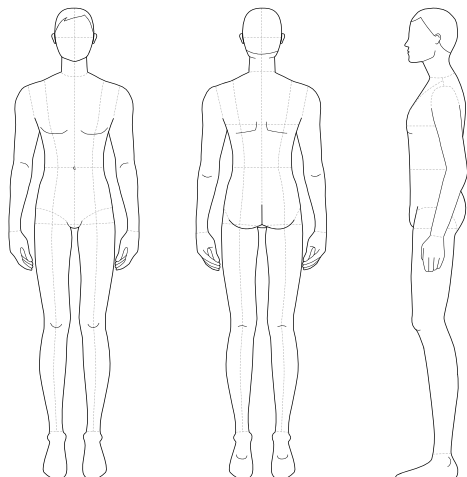
Votre poids _____ et grandeur _____

Êtes-vous enceinte? Non Oui

Date prévue d'accouchement _____

2. RAISON DES SOINS

Entourez les régions de la douleur



Inscrivez vos problèmes en ordre de priorité :

Cause (accident, mouvement, etc.) :

Date début : _____

Évaluez l'intensité de votre douleur au REPOS :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune douleur

Douleur extrême

Évaluez l'intensité de votre douleur à l'ACTIVITÉ :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune douleur

Douleur extrême

Ce problème vous affecte combien de fois
par semaine? _____

Si la douleur irradie ailleurs, expliquez :

Est-ce pire?

matin midi soir nuit constant

Qu'est-ce qui aggrave votre douleur?

Avec quoi soulagez-vous la douleur?

glace chaleur médicament

autre : _____

Y a-t-il d'autres symptômes présents?

Non Oui, lesquels : _____

Avez-vous consulté un autre professionnel pour
votre condition? Non Oui

Qui? _____

Quand? _____

Avez-vous fait des tests (radiographie, scan,
IRM, test sanguin, etc.) concernant votre condi-
tion? Non Oui

Lesquels? _____

Quand? _____

Avez-vous déjà eu des douleurs dans cette
région auparavant? Non Oui

Quand? _____

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien?

Non Oui, dernière visite : _____

3. TROUBLES NEUROVERTÉBRAUX

Les troubles neurovertébraux proviennent de stress physique, chimique et émotionnel qui ont un impact significatif sur votre santé et votre bien-être.

Parmi ces causes de troubles neurovertébraux, avez-vous déjà eu (si oui, quand et décrivez) :

Accident d'automobile : Non Oui

Chute accidentelle : Non Oui

Blessure de sport : Non Oui

Traumatisme important : Non Oui

4. HABITUDES DE VIE

Faites-vous de l'activité physique? Non Oui

Quelles activités? _____

Combien de fois/semaine? _____

Quelle est votre posture au travail?

debout assis gestes répétitifs

Quelle est votre posture au sommeil?

dos côté droit/gauche ventre

Avez-vous?

matelas ferme matelas mou

oreiller orthopédique

Votre alimentation est

bonne moyenne mauvaise

Consommez-vous?

- viandes rouges
- produits laitiers
- alcool
- café-thé
- boissons énergisantes
- tabac
- drogues douces

Comment évaluez-vous votre stress dans la vie de tous les jours?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucun stress

Stress important

5. PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ

Avez-vous déjà été hospitalisé ou opéré?

Non Oui, précisez :

Indiquez vos problèmes de santé connus :

Indiquez vos médicaments (avec ou sans prescription) et supplément alimentaires :

Indiquez les antécédents familiaux de maladies :

Mère _____ Père _____

Frère/soeur _____

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

GÉNÉRAL

- Sueurs nocturnes
- Fatigue
- Anxiété
- Dépression
- Cancer
- Perte d'appétit
- Fièvre
- Gain de poids
- Perte de poids inexplicquée
- Perte de sensation génitale
- Épuisement
- Problème psychologique

NEUROLOGIQUE

- Étourdissements/vertiges
- Évanouissement
- AVC
- Perte de mémoire
- Mal de tête
- Migraine
- Alzheimer
- Difficulté à parler
- Parkinson
- Faiblesses
- Difficulté à marcher
- Tremblements

MUSCULO-SQUELETTIQUE

- Arthrite
- Arthrose
- Douleur au cou
- Douleur au bas du dos
- Engourdissement dans les bras
- Engourdissement dans les jambes
- Syndrome du canal carpien
- Hernie discale
- Scoliose

ENDOCRINIEN

- Hyperthyroïdie
- Hypothyroïdie
- Diabète
- Problème hormonal

RESPIRATOIRE

- Asthme
- Toux
- Difficulté respiratoire
- Douleur à la poitrine

ORL

- Trouble de vision
- Otites
- Vision double
- Glaucome
- Perte d'audition
- Troubles bucaux
- Acouphène
- Saignement de nez

AUTRE

- Anémie
- Haute pression
- Basse pression
- Brûlement d'estomac
- Embolie
- Ulcères
- Infarctus
- Cholestérol élevé
- Difficulté à uriner
- Arythmie
- Allergies : _____
- Incontinence

HOMME

- Problème de prostate
- Problème testiculaire
- ITSS (MTS)

FEMME

- Bouffées de chaleur
- Douleur aux seins
- Infertilité
- ITSS (MTS)
- Règles absentes
- Règles douloureuses
- Règles irrégulières
- Ménopause

J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer les examens nécessaires. Certains patients peuvent ressentir une légère aggravation des symptômes suite à l'examen qu'il est important de mentionner au chiropraticien.

Signature du patient _____

Date _____