



QUESTIONNAIRE DE CONSULTATION ADULTE

Bienvenue! Nous vous remercions pour votre confiance!

RENSEIGNEMENTS

Nom: _____ DDN: (_____ / _____ / _____) Âge: _____
jour mois année

Adresse: _____ app.: _____ Ville: _____ CP: _____

Tél: _____ Cell: _____

Courriel: _____ Occupation: _____

Nom du conjoint: _____ Enfant(s) à charge: non oui Âge(s): _____

Confirmation des rendez-vous: courriel texto téléphone Compagnie de cellulaire: _____

Avez-vous une assurance couvrant les soins chiropratiques? non oui Votre cas relève-t-il de la CSST? non oui SAAQ? non oui

REFÉRENCES

Indiquez ce qui vous a référé à notre clinique: site web pamphlet pages jaunes journal kiosque médecin
 chiropraticien un patient nom : _____

RAISON DES SOINS

Indiquez sur le dessin la ou les régions de la douleur:

Engourdissement : ///	Aiguilles : xxx	Lancinante : +++
Aiguë : ---	Brûlure : ooo	Raideur : R R R

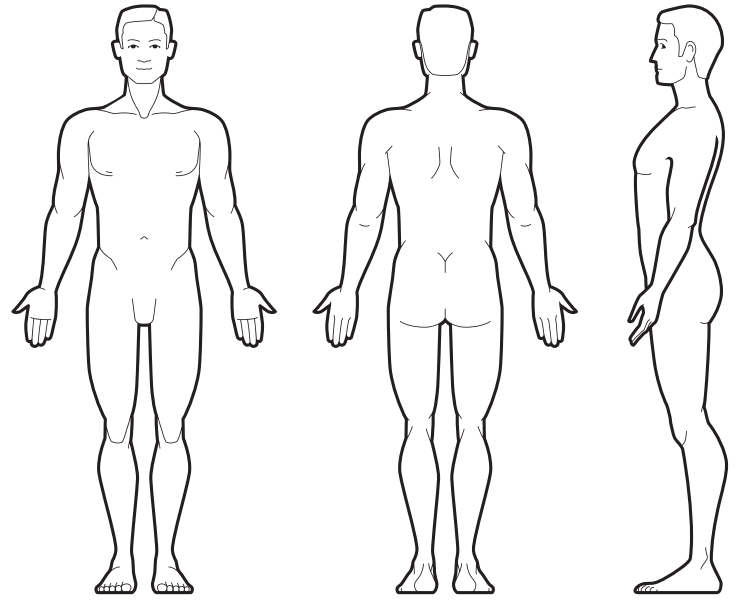
Décrivez votre problème: _____

Inscrivez l'intensité de la douleur au **REPOS** sur une échelle de 0 à 10:
aucune douleur *douleur extrême*

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

Inscrivez l'intensité de la douleur à l'**ACTIVITÉ** sur une échelle de 0 à 10:
aucune douleur *douleur extrême*

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



Cause : _____ Date de début : _____

Ce problème vous affecte combien de jours par semaine ? _____ Autres épisodes dans le passé : non oui quand? _____

Décrivez le pire épisode jamais ressenti : _____

La condition a-t-elle empirée? non oui précisez: _____

Est-ce pire? matin midi soir nuit autre : _____

Est-ce que la douleur va ailleurs? non oui précisez: _____

Qu'est-ce qui aggrave la douleur? _____

Avec quoi soulagez-vous votre douleur? glace chaleur médication autre: _____

Y a-t-il d'autres symptômes présents ? non oui lesquels: _____

SYMPTÔMES SYSTÉMIQUES

Historique de cancer: non oui précisez : _____ Fièvre: non oui

Douleur nocturne: non oui Raideur matinale: non oui (durée _____)

Perte de poids inexplicquée: non oui Changement au niveau de la vessie ou des selles : non oui

Perte de sensation péri-anales: non oui Perte de sensation génitale: non oui

Les subluxations vertébrales prennent origine de stressseurs physique, chimique et émotionnel et ont un impact significatif sur votre santé et votre bien-être. S'il-vous-plait remplissez ces sections au meilleur de votre capacité.

STRESS PHYSIQUE

SECTION ACCIDENT

Parmi ces causes de trouble neurovertébral, avez-vous déjà eu ? (Si oui, quand et décrivez)

Accident d'automobile: non oui _____

Chute accidentelle: non oui _____

Effort excessif : non oui _____

Coup violent: non oui _____

Blessure de sport : non oui _____

À la naissance, il y a eu : forceps ventouses césarienne provocation complication

Portez-vous des orthèses plantaires? non oui pour quel problème : _____

SECTION ACTIVITÉ PHYSIQUE

Faites-vous de l'activité physique? non oui

Quelles activités? _____

Combien de fois semaine? _____ Combien de temps chaque séance? _____

Quels sont vos loisirs? _____

SECTION TRAVAIL

Décrivez votre travail : _____

Quelle est votre posture de travail? debout assis autre : _____

Gestes répétitifs : _____

Nombre d'heures/semaine: _____ nombre d'heures/jour: _____

Temps de transport pour aller travailler : _____

STRESS CHIMIQUE

SECTION PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ

Avez-vous déjà été hospitalisé? non oui précisez : _____

Avez-vous déjà été opéré? non oui précisez : _____

Avez-vous une prothèse articulaire? non oui précisez : _____

Souffrez-vous d'un problème de santé ? arthrose arthrite maladies cardiaques diabète cancer
 hypercholestérolémie AVC artériosclérose autre: _____

Prenez-vous des médicaments sous prescription? non oui précisez: _____

Prenez-vous des médicaments en vente libre? non oui précisez: _____

Avez-vous reçu des vaccins? enfance voyage autre: _____

Prenez-vous des suppléments ou vitamines? non oui précisez: _____

Êtes-vous allergique? non oui précisez : _____

Quels sont les antécédents familiaux de maladies ? mère : _____ père : _____ frère/sœur : _____

SECTION ALIMENTATION

Grandeur: _____ Poids : _____

Votre alimentation est bonne moyenne mauvaise excessive précisez : _____

Déjeunez-vous? non oui

Quel est votre type d'alimentation? végétarien régulier malbouffe autre : _____

Consommez-vous?

Fruits et légumes: beaucoup modéré peu

Poisson: beaucoup modéré peu

Viande rouge: beaucoup modéré peu

Produits laitiers: beaucoup modéré peu

Pâtes, pain, patates: beaucoup modéré peu

Eau: non oui _____ verres par jour

Café-thé: non oui _____ par jour

Boissons gazeuses: non oui _____ par jour

Boissons énergisantes: non oui _____ par jour

Chocolat, sucrerie, dessert : beaucoup modéré peu

Tabac: non oui _____ cigarettes par jour

Alcool: non oui _____ par jour ou _____ par semaine

Drogues douces: non oui précisez : _____

STRESS ÉMOTIONNEL

Comment évaluez-vous votre stress dans la vie de tous les jours? ____ /10

Comment évaluez-vous votre stress au travail? ____ /10

Échelle de bonheur: ____ /10

SECTION SOMMEIL

Comment est votre sommeil? bon moyen mauvais réparateur non-réparateur

Votre position de sommeil: sur le dos sur le côté droit sur le côté gauche sur le ventre

Est-ce que vous vous endormez facilement? non oui

Vous réveillez-vous durant la nuit? non oui

Utilisez-vous un oreiller orthopédiques? non oui

Avez-vous un matelas ferme? non oui

SECTION FÉMININE

Êtes-vous enceinte? non oui

Inscrivez la date du début du dernier cycle : _____ fin : _____

Est-ce que vos menstruations sont? régulières douloureuses abondantes crampes

Quelle méthode contraceptive utilisez-vous? (annovulant, stérilet...) _____ marque : _____

Êtes-vous en ménopause? non oui

Avez-vous des symptômes de ménopause? non oui précisez : _____

Suivez-vous une hormonothérapie? non oui précisez : _____

Avez-vous un trouble de fertilité? non oui précisez : _____

Nombre de grossesse: _____ Accouchement difficile: forceps ventouses césarienne autre : _____

SECTION PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Avez-vous un médecin de famille? non oui nom : _____

Consultez-vous un médecin ou autre professionnel présentement? non oui précisez : _____

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien? non oui nom : _____ Dernière visite : _____

Nous désirons en savoir le plus possible concernant votre santé. La chiropratique est une approche globale qui prend en considération tous les aspects de votre santé. Les bienfaits de la chiropratique s'étendent à tous les systèmes du corps humain et un déséquilibre au niveau de votre système nerveux peut se dévoiler sous plusieurs formes. Il est donc important pour nous de connaître votre état actuel de santé afin de vous offrir une expérience chiropratique des plus positives.

Indiquez par **O** occasionnel **F** fréquent **C** constant si vous avez les problèmes suivants :

O F C

- Allergie
- Frisson
- Étourdissement
- Évanouissement
- Fatigue
- Maux de tête
- Insomnie
- Nervosité
- Engourdissement
- Transpiration
- Tremblement
- Perte d'équilibre
- Irritabilité
- Pieds froids
- Dépression

GÉNITO-URINAIRE

- Uriner au lit
- Sang dans l'urine
- Uriner fréquemment
- Infection des reins
- Douleur en urinant
- Trouble de prostate
- Trouble érectile
- Trouble de fertilité

GASTRO-INTESTINAL

- Gaz
- Colite

O F C

- Constipation
- Diarrhée
- Digestion difficile
- Faim excessive
- Hémorroïde
- Jaunisse
- Trouble du foie
- Nausée
- Douleur à l'estomac
- Peu d'appétit
- Vomissement
- Vomissement sanguin

CARDIO-VASCULAIRE

- Haute pression
- Basse pression
- Point au cœur
- Mauvaise circulation
- Palpitation ou battement lent
- Chevilles enflées

YEUX, OREILLES ET NEZ

- Asthme
- Grippe
- Douleur aux yeux
- Yeux larmoyants
- Bourdonnement dans les oreilles
- Vue affaiblie

O F C

- Saignement nasal
- Infection des sinus
- Mal de gorge
- Amygdalite

MUSCULATURE ET ARTICULATIONS

- Arthrite
- Bursite
- Trouble du pied
- Hernie
- Douleur au bas du dos
- Sciatique
- Douleur au cou ou raideur
- Douleur entre les épaules
- Douleur ou engourdissement dans : épaule, bras, coude, main hanche, jambe, genou, pied

RESPIRATION

- Toux chronique
- Respiration difficile
- Râlement

PEAU

- Démangeaison
- Éruption cutanée
- Peau sèche
- Varice

Quels sont vos objectifs en venant consulter (plus d'une réponse est possible) ?

- Soins de soulagement : ce type de soin permet un soulagement des symptômes.
- Soins correctifs : ce type de soin comprend au préalable un soulagement, mais permet aussi de corriger en profondeur la cause du problème, cela évite la survenue de récurrences.
- Prévention et mieux-être : ce type de soin fait suite aux soins de correction pour maintenir une bonne hygiène vertébrale, un bon fonctionnement et une santé optimale.

CONSENTEMENT D'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nous devons avoir votre autorisation pour des envois postaux ou courriels lors des situations suivantes:

- Une lettre explicative de votre condition à votre médecin
- Un souhait pour célébrer votre anniversaire ou le Temps des fêtes
- Vous offrir un certificat-cadeau
- Une invitation à une classe-santé ou autre événement
- Recevoir par courriel nos infolettres mensuelles

J'accepte Je refuse

Je déclare que toutes les informations fournies sont complètes et exactes. Je consens aux examens nécessaires.

Signature _____ Date _____

CONSENTEMENT AUX EXAMENS RADIOLOGIQUES

Femme seulement:

La présente est pour certifier qu'à ma connaissance, je ne suis pas enceinte. J'utilise une méthode de contraception efficace* et/ou je suis dans les premiers 10 jours du cycle menstruel. La Clinique a ma permission de faire des radiographies.

* Abstinence, stérilet, ligature des trompes, hystérectomie, anovulants, partenaire vasectomisé, condom et spermicide utilisés selon les normes du fabricant

Signature _____ Date _____