

# QUESTIONNAIRE DE CONSULTATION ADULTE

Nous vous remercions de votre confiance!



## 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 : \_\_\_\_\_

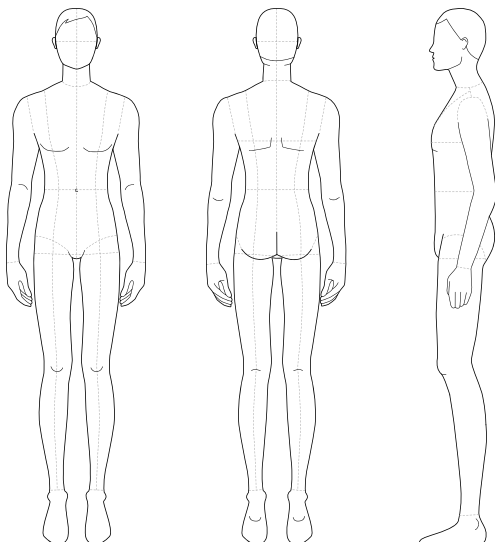
Votre poids \_\_\_\_\_ et grandeur \_\_\_\_\_

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 condition?  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 inexplicée
- 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 \_\_\_\_\_