

Questionnaire initial

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Masculin Féminin

Adresse : _____ Ville : _____ Prov. : _____

Code postal : _____ Courriel : _____

Téléphone (domicile) : _____ État civil : Célibataire Marié Divorcé
 Veuf Séparé

Téléphone (cellulaire) : _____

Téléphone (travail) : _____ Nombre d'enfants : _____

Nom du parent (si mineur) : _____ Lien de parenté : _____

Comment avez-vous entendu parler de nous ? Référence/Ami Internet Pancarte Autre

Pour quelle raison désirez-vous nous consulter ?

Douleur/Inconfort Performance Posture Prévention Mobilité Énergie
 Accident auto Accident travail Autre : _____

Veillez indiquer si vous avez déjà subi des accidents (à partir de votre jeune enfance)

	Jamais	1-2 légers	3+ légers	1- 2 majeurs	3+ majeurs
Avez-vous déjà eu un accident d'automobile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu un accident travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu un accident de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu un impact, chute ou choc à la tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez identifier vos problèmes de santé présents

<p><u>Vue</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hypermétropie <input type="checkbox"/> Myopie <input type="checkbox"/> Presbytie / Vue embrouillée</p> <p><u>Toucher et sensations</u></p> <p><input type="checkbox"/> Engourdissements <input type="checkbox"/> Étourdissements <input type="checkbox"/> Perte de sensation <input type="checkbox"/> Tremblements</p> <p><u>Système digestif</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ballonnements/Gaz <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Gain de poids rapide <input type="checkbox"/> Perte de poids rapide <input type="checkbox"/> Brûlements d'estomac <input type="checkbox"/> Ulcères</p>	<p><u>Système cardio-vasculaire</u></p> <p><input type="checkbox"/> Basse pression artérielle <input type="checkbox"/> Haute pression artérielle <input type="checkbox"/> Douleurs à la poitrine <input type="checkbox"/> Évanouissements <input type="checkbox"/> Membres enflés <input type="checkbox"/> Souffle court <input type="checkbox"/> Varices</p> <p><u>Audition</u></p> <p><input type="checkbox"/> Acouphènes <input type="checkbox"/> Surdité (1 ou 2 oreilles)</p> <p><u>Système respiratoire</u></p> <p><input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents <input type="checkbox"/> Sinusites <input type="checkbox"/> Toux fréquente</p>	<p><u>Système hormonal</u></p> <p><input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Hypoglycémie <input type="checkbox"/> Prob. thyroïde (hyper/hypo) <input type="checkbox"/> Autres troubles hormonaux</p> <p><u>Peau</u></p> <p><input type="checkbox"/> Démangeaisons <input type="checkbox"/> Éruption / Rougeurs <input type="checkbox"/> Mains / Pieds froids <input type="checkbox"/> Saignements de nez</p> <p><u>Système musculo-squelettique</u></p> <p><input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Migraines <input type="checkbox"/> Douleur au bras <input type="checkbox"/> Douleur à la jambe <input type="checkbox"/> Douleur au cou <input type="checkbox"/> Douleurs dorsales <input type="checkbox"/> Douleurs lombaires <input type="checkbox"/> Douleur à la main <input type="checkbox"/> Douleur au pied</p>	<p><u>Système reproducteur homme</u></p> <p><input type="checkbox"/> Douleur aux testicules <input type="checkbox"/> Dysfonction érectile <input type="checkbox"/> Problèmes de prostate</p> <p><u>Système reproducteur femme</u></p> <p><input type="checkbox"/> Menstruations abondantes <input type="checkbox"/> Douleurs menstruelles <input type="checkbox"/> Symptômes pré-ménopause</p> <p><u>Système urinaire</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pierres aux reins <input type="checkbox"/> Envie d'uriner fréquente</p> <p><u>Bien-être</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Insomnie <input type="checkbox"/> Irritabilité</p>
--	---	--	---

Veillez identifier les maladies ou problèmes que vous avez ou avez déjà eu

Maladies d'enfance

- Coqueluche
- Rougeole
- Oreillons
- Scarlatine
- Varicelle

Maladies infectieuses

- Choléra
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde
- Malaria
- Sida - VIH
- Tuberculose

Maladies chroniques

- Arthrite rhumatoïde
- Emphysème
- Épilepsie
- Fibromyalgie
- Goître
- Hépatite
- Syndrome fatigue chronique
- Hernie discale
- Ostéoporose
- Parkinson
- Sclérose en plaques

Troubles psychologiques

- Alcoolisme
- Anorexie - Boulimie
- Dépendance aux drogues
- Soins psychiatriques
- Tentative de suicide

Anomalies du sang

- Cholestérol élevé
- Anémie

Cancer

- Intestinal
- Ovarien
- Prostate
- Peau
- Poumon
- Sein
- Utérus

Année du cancer : _____

Traitements : _____

Vos habitudes de vie

- | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Fumez-vous du tabac ? | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> À l'occasion | <input type="checkbox"/> Jamais | |
| Buvez-vous de l'alcool ? | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> À l'occasion | <input type="checkbox"/> Jamais | |
| Faites-vous de l'exercice ou des sports ? | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> À l'occasion | <input type="checkbox"/> Jamais | |
| Buvez-vous du café / boissons caféinées ? | <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> À l'occasion | <input type="checkbox"/> Jamais | |
| Combien d'heures dormez-vous par nuit ? | <input type="checkbox"/> - de 6 h | <input type="checkbox"/> 6-8 h | <input type="checkbox"/> 8-10 h | <input type="checkbox"/> + de 10 h |
| Mangez-vous de façon régulière ? | <input type="checkbox"/> 1/ jr, des fois 2 | <input type="checkbox"/> 2 / jr, des fois 3 | <input type="checkbox"/> 3 / jr | <input type="checkbox"/> + de 3 / jr |
| Combien de verres d'eau buvez-vous / jour ? | <input type="checkbox"/> - de 1 vr./jr | <input type="checkbox"/> 1-2 vr./jr | <input type="checkbox"/> 3-6 vr./jr | <input type="checkbox"/> +6 vr./jr |
| Quel est votre niveau de stress ? | <input type="checkbox"/> Très stressé(e) | <input type="checkbox"/> Stressé(e) | <input type="checkbox"/> Lég. stressé | <input type="checkbox"/> Aucun |

Quels professionnels de la santé avez-vous déjà consultés et quand pour la dernière fois

Nom du professionnel et Ville	Jamais	Depuis + 5 ans	Il y a 1- 5 ans	Il y a 1 an & -
Chiropraticien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentiste spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéopathe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuncteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homéopathe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine chinoise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thérapeute en énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consentement éclairé

Les renseignements que vous êtes appelés à fournir à votre docteur en chiropratique concernant votre état de santé présent et passé sont de grande importance. Ceux-ci servent à déterminer toute contre-indication qui s'appliquerait dans votre cas. Ces renseignements doivent donc être complets et exacts, au meilleur de votre connaissance.

Comme dans tout traitement dans le domaine de la santé, il y a une possibilité de certains risques reliés aux traitements pouvant varier de la courbature musculaire jusqu'à des situations excessivement rares de complications cérébro-vasculaires lors de l'ajustement du rachis cervical. En tout temps, votre chiropraticien(ne) pourra répondre à toute question que vous pourriez avoir concernant les ajustements chiropratiques. Ceci vous permettra de prendre une décision éclairée quant à votre choix de recevoir les traitements prescrits par votre docteur en chiropratique. Statistiques comparant les complications de traitements médicaux et chiropratiques : Chirurgies pour douleurs cervicales (Décès : 0.69%, Complications : 1.56%), Médicaments anti-inflammatoires (Décès : 0.01%, Complications : 0.1%), Ajustements chiropratiques (Décès : Aucun au Québec, Complications : 0.000018%)

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes, je consens à passer les examens que le docteur jugera nécessaires et je reconnais avoir lu et compris ce consentement sur les soins chiropratiques.

Signature

Date