

FORMULAIRE INFO-SANTÉ (CONFIDENTIEL)

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

DOSSIER # _____

Nom et prénom : _____ Date : _____
Adresse : _____ APP. _____ Ville : _____
Code postal : _____ Tél. résidence _____ Tél. travail _____
Tél. cellulaire _____ Adresse courrier électronique : _____
Date de naissance _____ Âge : _____ ans Sexe : H F Taille : _____ Poids : _____
Occupation _____ Vous connaissez notre clinique grâce à : _____
État civil: Célibataire Marié(e) Conjoint(e) de fait Divorcé(e) Veuf(ve) Nom du (de la) conjoint(e) _____
Combien d'enfants avez-vous? _____ Quel âge ont-ils? _____ En attendez-vous un? oui non
Personne à contacter en cas d'urgence : nom _____ No de tél. _____
Soins chiropratiques couverts par une compagnie d'assurances : oui non Laquelle?
Soins chiropratiques antérieurs : oui non Si oui, nom du chiropraticien : Dr(e) _____
Date de la dernière visite _____ Prise de radiographies : oui non Raison consultation : _____

1. INDIQUEZ LE OU LES MOTIFS DE LA CONSULTATION ACTUELLE (EN ORDRE D'IMPORTANCE).

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____

2. QUELLES SONT VOS ATTENTES?

- Soulagement des symptômes
- Correction et stabilisation de votre condition
- Soins de préventions et bien-être

3. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS RESSENTEZ-VOUS VOTRE PROBLÈME DE SANTÉ PRINCIPAL? _____

4. COMMENT CE PROBLÈME EST-IL SURVENU?

- Graduellement Subitement Suite à un trauma (accident)
- Expliquez : _____

5. VOTRE PROBLÈME EST-IL PRÉSENT...

- 100% du temps 75% 50% 25% moins de 25%

6. COMMENT ÉVOLUE VOTRE PROBLÈME? IL...

- S'améliore S'aggrave Ne change pas

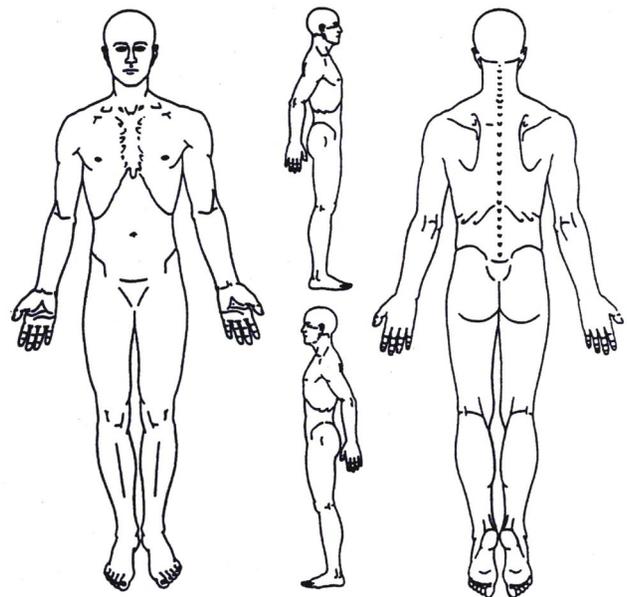
7. VOTRE PROBLÈME EST-IL PLUS INTENSE...

- Au lever Le jour Le soir La nuit

8. AVEZ-VOUS DÉJÀ CONSULTÉ POUR CE PROBLÈME...?

- Chiropraticien Médecin Physiothérapeute Autres

Encercler la ou les région(s) douloureuse(s)



Cochez sur une échelle de 1 à 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Peu de douleur ►►►►►►►►►► Douleur extrême

TYPE DE TRAITEMENT REÇU : _____

RÉSULTATS : Aucun Passables Bons Excellents

9. PRÉCISEZ LES PRINCIPAUX TRAUMATISMES QUE VOUS AVEZ SUBIS DANS LE PASSÉ.

Type	Description	Date
<input type="checkbox"/> Accident d'automobile :		
<input type="checkbox"/> Blessure au travail ou récréative:		
<input type="checkbox"/> Chirurgies/opérations :		

10. PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS EN CE MOMENT (INCLUANT CEUX NON PRESCRITS) : Non Oui, Précisez

Nom	Pourquoi	Nom	Pourquoi
1)		3)	
2)		4)	

12. PORTEZ VOUS DES ...?

- Talonnettes Semelles correctives/orthèses

13. QUELLE EST VOTRE POSITION DE TRAVAIL?

- Debout Assis En mouvement

14. HABITUELLEMENT, VOUS DORMEZ SUR...?

- Le dos Le côté Le ventre

15. COMBIEN D'HEURES DORMEZ-VOUS LA NUIT?

- 4h et moins 5-6h 7-8h 9-10h 10h et plus

16. CONSOMMEZ-VOUS...? Si oui, combien?

1- du tabac/cigarettes : Non Oui, _____

2- de l'alcool : Non Oui, _____

3- du café/thé : Non Oui, _____

4- de la gomme : Non Oui, _____

5- de la liqueur : Non Oui, _____

6- des vitamines ou suppléments alimentaires :
 Non Oui, lesquels _____

17. FAITES-VOUS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE?

- Rarement À l'occasion Régulièrement

18. SOUFFREZ-VOUS DE STRESS...?

- Au travail Vie familiale Décès/Divorce

19. UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE EST-IL

ATTEINT DE :

Troubles cardiaques Cancer Diabète

Arthrose/arthrite Autres _____

20. AVEZ-VOUS EU OU AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE :

	OUI	NON		OUI	NON
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maladies héréditaires	26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Démangeaisons
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Opération/Chirurgie	27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Éruptions cutanées
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fièvre/ frissons	28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perte/gain poids	29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Haute/ basse pression
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cancer	30.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A.V.C.
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fatigue	31.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ecchymoses/ Varices
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Angoisse/anxiété	32.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mains/pieds froids
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dépression	33.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Saignement nez
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Irritabilité	34.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Troubles respiratoire
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Évanouissements	35.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Allergies
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Étourdissements	36.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asthme
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Épilepsie	37.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Troubles urinaires
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tremblements	38.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pierres au rein
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trouble du sommeil	39.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trouble de fécondité
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil	40.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Troubles digestifs
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Engourdissements	41.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nausées/ vomissements
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Troubles de vue	42.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ballonnements gaz
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Acouphène	43.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sang dans les selles
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinusite/congestion	44.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Constipation
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problème mâchoire	45.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diarrhée
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maux tête/migraines	46.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Troubles hormonaux
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maux de dos	47.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabète
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Troubles aux pieds	48.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Glande thyroïde
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fractures	49.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Douleurs menstruelles
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Arthrites/ arthrose	50.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Désordres menstruels

JE DÉCLARE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT EXACTS ET COMPLETS. J'AUTORISE PAR LA PRESENTE LE CHIROPRACTICIEN A EFFECTUER LES EXAMENS QU'IL JUGERA NECESSAIRES A L'OUVERTURE DE MON DOSSIER. IL EST POSSIBLE QUE CERTAINS PATIENTS RESSENTENT DES COURBATURES OU UNE LEGERE AGGRAVATION DES SYMPTOMES SUITE A L'EXAMEN. CES SYMPTOMES SONT GENERALEMENT DE COURTE DUREE, MAIS IL EST IMPORTANT DE LES MENTIONNER AU CHIROPRACTICIEN A VOTRE PROCHAINE VISITE.

SIGNATURE DU PATIENT _____

DATE _____