

# FORMULAIRE INFO-SANTÉ (CONFIDENTIEL)

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

DOSSIER # \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ APP. \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Tél. résidence (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tél. travail (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Tél. autres (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Adresse courrier électronique : \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_ ans Sexe : M  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

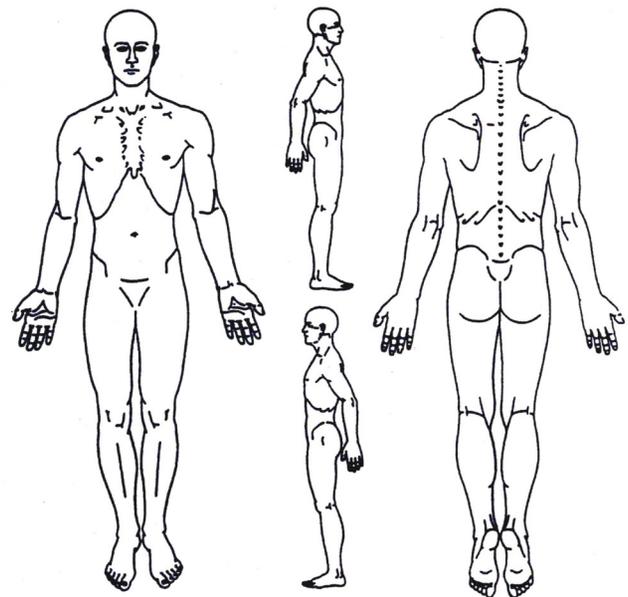
### 7. VOTRE PROBLÈME EST-IL PLUS INTENSE...

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