



Centre Chiro-Express

à SVP Remplir cette fiche avec précision. Elle permet au chiropraticien de mieux vous connaître et donc de vous offrir les meilleurs soins

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : F M

Adresse: _____

Date de naissance: an _____ /m _____ /j _____

Ville: _____ Code postal _____

Marié(e) De fait Célib. Veuf(ve) Div.

Tél. (rés.) _____ Tél. (travail) _____

Occupation: _____

Courriel : _____

Avez-vous une assurance qui couvre les soins Chiropratiques?

Oui Non Je ne sais pas

Qui vous a recommandé notre clinique? Ami Collègue Pages jaunes Enseigne Télévision Plan Corporatif

1. Quelle est la raison de votre consultation?
Veuillez indiquer vos problèmes de santé par ordre d'importance.

2. Depuis combien de temps ressentez-vous votre problème de santé principal?

3. Comment est survenu ce problème?

Graduellement Subitement
Suite à un trauma Je ne sais pas

4. Votre problème est-il présent...?

100% du temps 50% du temps
75% du temps 25% du temps

5. Comment évolue votre problème? Il.....

s'améliore
s'aggrave
ne change pas

6. Votre problème est-il plus intense...?

au lever le soir
le jour la nuit

7. Votre problème vous empêche-t-il de...?

Travailler dormir mener votre routine

8. Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème?

Oui Non

Chiropraticien Combien de Tx?: _____

Médecin

Autre

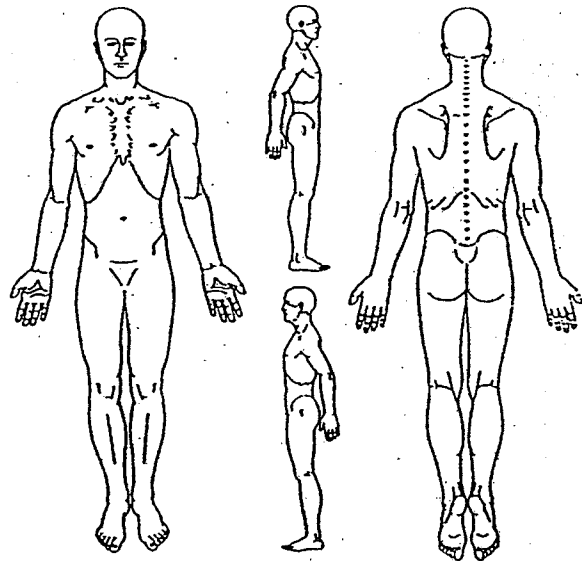
9. Avez-vous eu un problème semblable auparavant?

Oui Non

10. Avez-vous déjà été diagnostiqué comme atteint du cancer? Oui Non

Si oui, quel type de cancer? _____

Veuillez indiquer sur le schéma les endroits exacts de vos douleurs



Cochez la case qui correspond à la sévérité de votre douleur principale

Pas de douleur Douleur Extrême
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Date de votre dernier examen:

	Moins de 6 mois	6-18 mois	Plus de 18 mois	Jamais
Chiropratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ ans	<input type="checkbox"/>
Physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ ans	<input type="checkbox"/>
Radiologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ ans	<input type="checkbox"/>
Sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ ans	<input type="checkbox"/>
Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ ans	<input type="checkbox"/>

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX:

- 1- Père: âge _____ Si décédé, cause _____
2 - Mère: âge _____ Si décédée, cause _____
3 - Avez-vous des frères et/ou des sœurs? Oui Non

4- Est-ce qu'un des membres de votre famille est atteint de:

- Troubles cardiaques Cancer
Arthrose/Arthrite Diabète
Autres (précisez)

Prenez-vous des médicaments en ce moment?
Non Oui

- Anti-inflammatoire
Anti-douleurs
Relaxants musculaires
Hormones
Médicaments non-prescrits _____
Pour la pression artérielle
Pour la glande Thyroïde
Anovulants
Autre _____

AVEZ-VOUS EU (O) OU AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES (□) DE:
Veuillez cocher le symbole approprié

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Allergies | 28. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Maux de dos |
| 2. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Angoisse | 29. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Maux de tête |
| 3. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Arthrite | 30. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Méningite |
| 4. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Ballonnement/gaz | 31. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Œdème (enflure) |
| 5. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Basse pression | 32. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Opération/chirurgie |
| 6. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Constipation | 33. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Perte ou gain de poids |
| 7. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Convulsions | 34. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Pierres aux reins |
| 8. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Démangeaisons | 35. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Tremblements |
| 9. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Dépression | 36. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Troubles aux pieds |
| 10. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Diabète | 37. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques |
| 11. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Diarrhée | 38. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires |
| 12. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Ecchymoses (bleus faciles) | 39. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Troubles respiratoires |
| 13. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Engourdissements | 40. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Troubles de vue |
| 14. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Epilepsie | 41. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Troubles digestifs |
| 15. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Eruptions cutanées (rougeurs) | 42. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Troubles d'ordre sexuel |
| 16. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Etourdissements/vertiges | 43. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Troubles d'ouïe (oreilles) |
| 17. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Evanouissements | 44. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Troubles hormonaux |
| 18. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Extrémités froides/moites | 45. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Trouble psychologique |
| 19. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Fatigue | 46. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Troubles rénaux |
| 20. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Fracture | 47. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Varices |
| 21. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Frissons | 48. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Saignements du nez |
| 22. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Haute pression | 49. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Sang dans les selles |
| 23. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Hypoglycémie | 50. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Sang dans l'urine |
| 24. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire | 51. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Sinusite |
| 25. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Insomnie | 52. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Uriner fréquemment |
| 26. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Irritabilité | 53. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Uriner la nuit |
| 27. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Maladies héréditaires | 54. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Troubles de la prostate |

Fractures: _____

Opérations: _____

SECTION RÉSERVÉE AUX FEMMES

- | | |
|---|---|
| 55. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Absence de menstruation | 58. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Menstruation douloureuse |
| 56. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Crampes abdominales | 59. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Pertes vaginales |
| 57. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Flux menstruel abondant | 60. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Symptômes de ménopause |
| 61. Etes-vous enceinte? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |

A- Quelle est votre position de travail?

Debout Assis En mouvement

B- Portez-vous des... ?

Talonnettes

Semelles correctives/orthèses

C- Habituellement, dormez-vous sur... ?

le dos le côté le ventre

D- Combien dormez-vous d'heures par nuit?

4h et moins 9-10h

5-6h 10-11h

7-8h 12h et plus

E- Consommez-vous...? Si oui, combien?

1- du tabac/cigarettes Oui Non ___/j

2- de l'alcool Oui Non ___/s

3- du café-thé Oui Non ___/j

4- des vitamines et suppléments

alimentaires Oui Non

Si oui, Lesquels? _____

F- Faites-vous de l'exercice?

Oui Non

PAIEMENTS

Les Radiographies, les examens et les soins chiropratiques sont payables à chaque visite, à moins que d'autres arrangements aient été faits au préalable. Les radiographies demeurent la propriété de la clinique.

DÉCLARATION POUR TOUS

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et je consens à subir les examens nécessaires.

SIGNATURE: _____

DATE: _____