

DOSSIER CONFIDENTIEL DU PATIENT

Bienvenue à notre clinique ! Complétez ce questionnaire S.V.P.

Nom:		Date:	
Adresse:		Code postal:	
Ville:	Courriel:		
Téléphone(rés.)	travail:	mobile:	
Date de naissance: (J / M / A)			Âge:
Sexe: M F	Marié(e) : <input type="checkbox"/> Veuf(ve) : <input type="checkbox"/> Div. : <input type="checkbox"/> Célib : <input type="checkbox"/>		
Votre employeur:		Occupation:	
Nom de votre conjoint(te):		Employeur:	
Noms et âges de vos enfants:			
Vos activités physiques, loisirs ou intérêts:			
Heures d'exercice par semaine (marche, jogging, poids, yoga / pilates...)			
Avez-vous déjà reçu des soins chiropratiques: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, quelle est la date de votre dernier rendez-vous?			
Nom de votre médecin de famille:			

Qui vous a référé à nous? _____

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

1. _____ Depuis combien de temps? _____
2. _____ Depuis combien de temps? _____

Indiquez la sévérité de votre douleur principale:

(pas de douleur) 0-----10 (douleur extrême)

Avez-vous eu un problème semblable auparavant: oui non Si oui, quand? _____

Est-ce problème le résultat d'un accident d'auto * oui non Si oui, quand? _____

**Si votre rendez-vous d'aujourd'hui est suite à un accident d'auto, veuillez SVP aviser nos assistantes.*

Est-ce ce problème suite à un accident de travail : oui non Si oui, soyez aviser que nous n'acceptons les dossiers de WSIB.

Comment est survenu ce problème : Graduellement Subitement Suite à une chute/accident je ne sais pas

Votre problème est présent: 100% du temps 75% du temps 50% du temps 25% du temps moins de 25%

Comment évolue votre problème : s'aggrave ne change pas s'améliore

Votre problème est-il plus intense : Au lever le jour le soir la nuit autre : _____

Votre problème vous empêche-t-il de : travailler dormir mener votre routine

Avez-vous consulté un professionnel de la santé? _____

Si oui, les soins recommandés : _____

HISTORIQUE MÉDICAL :

Soins hospitalier/ chirurgies: _____

Conditions médicales diagnostiquées: _____

Médicaments que vous prenez? _____

Conditions mentales? _____

Avez-vous déjà reçu des soins d'urgence? Non Oui Veuillez les décrire _____

VOTRE SANTÉ : Avez-vous eu ou avez-vous des problèmes de : (dans les derniers 6 mois)

<input type="checkbox"/> maux de dos	<input type="checkbox"/> maux de tête	<input type="checkbox"/> mâchoire	<input type="checkbox"/> brûlement d'estomac	<input type="checkbox"/> problème artériel
<input type="checkbox"/> mal au coccyx	<input type="checkbox"/> migraine	<input type="checkbox"/> acouphène	<input type="checkbox"/> indigestion	<input type="checkbox"/> troubles rénaux
<input type="checkbox"/> maux de hanche	<input type="checkbox"/> mal au cou	<input type="checkbox"/> changement de vision	<input type="checkbox"/> constipation	<input type="checkbox"/> sang dans les selles
<input type="checkbox"/> maux de l'aine	<input type="checkbox"/> maux d'épaule	<input type="checkbox"/> perte de l'odorat	<input type="checkbox"/> diarrhée	<input type="checkbox"/> sang dans l'urine
<input type="checkbox"/> maux de genou	<input type="checkbox"/> mal entre les omoplates	<input type="checkbox"/> sinusite	<input type="checkbox"/> ballonnement/ gaz	<input type="checkbox"/> nervosité
<input type="checkbox"/> maux de cheville	<input type="checkbox"/> maux de coude	<input type="checkbox"/> infection d'oreille	<input type="checkbox"/> ulcères	<input type="checkbox"/> extrémités froides
<input type="checkbox"/> fasciite plantaire	<input type="checkbox"/> maux de poignet	<input type="checkbox"/> fièvre	<input type="checkbox"/> troubles cardiaques	<input type="checkbox"/> uriner fréquemment
<input type="checkbox"/> engourdissement jambe	<input type="checkbox"/> mal à la main	<input type="checkbox"/> perte de balan	<input type="checkbox"/> troubles circulatoires	<input type="checkbox"/> pierres aux reins
<input type="checkbox"/> faiblesse jambe	<input type="checkbox"/> engourdissement bras	<input type="checkbox"/> étourdissement	<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> gain de poids
<input type="checkbox"/> pied froid	<input type="checkbox"/> faiblesse bras	<input type="checkbox"/> perte de sommeil	<input type="checkbox"/> bronchite	<input type="checkbox"/> perte de poids
<input type="checkbox"/> picotement jambe	<input type="checkbox"/> main froide	<input type="checkbox"/> fatigue	<input type="checkbox"/> pneumonie	<input type="checkbox"/> convulsion/épilepsie
<input type="checkbox"/> phlébite	<input type="checkbox"/> picotement bras/main	<input type="checkbox"/> dépression	<input type="checkbox"/> enflure	<input type="checkbox"/> troubles digestifs
Niveau de Stress ___/10	<input type="checkbox"/> maux de côtes	<input type="checkbox"/> perte de mémoire	<input type="checkbox"/> évanouissement	<input type="checkbox"/> tremblements

HISTORIQUE DE TRAUMATISMES

Veuillez cocher :

	OUI	NON		OUI	NON
Êtes-vous déjà tombé d'une hauteur pendant votre enfance (ex : structure de jeux, lits superposés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous joué des sports de contact?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été échappé comme bébé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous eu des traumatismes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des chutes en ski/planche à neige?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu une commotion cérébrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu autres chutes majeures?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous eu des fractures _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous subi des accidents de travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous eu des points de suture?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Avez-vous eu des béquilles pour plus d'une semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous déjà eu un accident d'auto? Non Oui; dans les derniers 12mois il y a 2 à 5 ans plus de 5 ans

Décrivez l'accident _____

Consommation (indiquez la quantité par jour)

Café _____ Thés caféines _____ Verres d'eau _____ Boisson gazeuse _____
 Alcool _____/d _____/w Cigarettes _____ Heures de sommeil _____ / nuit
 Position de sommeil : côté ventre dos

