



santé | chiropractic
wellness

Questionnaire Pour Nouveaux Patients



RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom

Sexe

Date de
naissance

Âge

État civil
(matrimonial)

Nom époux(se)

Nombre
d'enfant(s)

Nom(s), âge, et sexe - enfant(s)

Nom de votre employeur

Emploi

COORDONNÉES

Adresse

Ville, Province, Code Postal

N° de tél. (domicile)

N° de tél. (bureau)

N° de tél. (cellulaire)

Meilleur moment et n° auxquels vous appeler

Courriel

Comment avez vous entendu parler de nous?

Veillez cocher un case:

Recherche sur Internet?

Membre de votre famille?

Ami(e)?

Collègue?

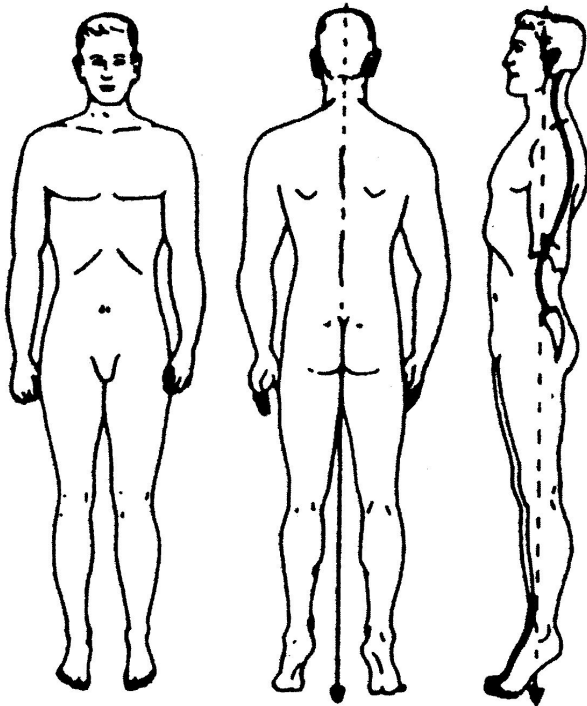
Professionnel de la santé (par ex.: un médecin, physiothérapeute, massotherapeute, etc.)

Autre (précisez):

Veillez nous indiquer qui nous pouvons remercier pour votre présence à notre clinique?

QUELLE EST LA RAISON DE VOTRE VISITE À NOS BUREAUX?

Veillez expliquer à l'aide du diagramme et des lignes qui vous sont fournies ci-dessous où se situe votre(vos) problème(s).



Depuis combien de temps éprouvez-vous ce(s) problème(s)?

Incident(s) associé(s) au(x) problème(s)?

<p>À quoi ce problème est-il lié:</p> <p>Blessure au travail</p> <p>Sport</p> <p>Blessure personnelle</p> <p>Accident de voiture</p> <p>Autre :</p>	<p>Que ressentez-vous:</p> <p>De la douleur</p> <p>De l'engourdissement</p> <p>Du picotement</p>	<p>Quel(s) mot(s) décrit(décrivent) votre douleur:</p> <p>Aiguë</p> <p>Sourde</p> <p>Pulsative</p> <p>Constante</p> <p>Intermittente</p>
---	--	--

<p>Quelles circonstances aggravent vos symptômes:</p> <p>Être Assis</p> <p>Se tenir debout</p> <p>Marcher</p> <p>Se pencher ou plier le membre affecté</p> <p>Se coucher</p> <p>Les conditions météorologiques</p> <p>Autre</p>	<p>Quels éléments de votre quotidien parmi les suivants sont-ils perturbés par vos symptômes:</p> <p>Emploi</p> <p>Sommeil</p> <p>Activités quotidiennes</p> <p>Passe-temps et loisirs</p>
---	--

Classez l'intensité de vos symptômes sur une échelle croissante de 1 à 10:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Souffrez-vous de maux de tête?

- Oui
- Non

À quelle fréquence?

Recevez-vous des soins d'autres professionnels de la santé?

- Oui
- Non

Si oui, précisez le nom et la discipline de chacun:

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX GÉNÉRAUX

Les conditions ou blessures antérieures peuvent avoir une incidence sur votre état de santé actuel.

Cochez toutes celles qui s'appliquent:

- Chute/Accidents
- Blessure sportive
- Blessure à la tête ou traumatisme crânien
- Fracture d'un os
- Perte de connaissance provoquée par un coup violent
- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Chirurgie
- Remplacement d'une articulation
- Accident de la route
- Stimulateur cardiaque (pacemaker)

Si vous avez coché une case ci-dessus, veuillez préciser.

Veillez énumérer les médicaments que vous prenez et les raisons pour lesquelles vous les prenez:

Veillez énumérer les vitamines et suppléments nutritionnels que vous prenez:

Portez-vous des
orthèses ou des
talonnettes de
rehaussement?

Oui

Non

Avez-vous subi des
radiographies:

Oui, à votre cou

Oui, à votre dos

Non, à aucun

Si vous avez répondu Oui
à la question précédente,
veuillez préciser où et
quand ces radiographies
ont été prises:

Avez-vous d'autres
préoccupations à l'égard de
votre santé dont vous
voulez nous informer?

Oui

Non

Si oui, précisez:

APERÇU DE VOTRE SYSTÈME NERVEUX

Votre système nerveux central (c. -à-d. votre cerveau et moelle épinière) est l'unité de commande principale de votre corps. Celui-ci contrôle le fonctionnement de chaque cellule, tissu et organe. La connexion entre votre cerveau et votre corps se fait à partir de vos nerfs rachidiens. Veillez passer en revue les systèmes ci-dessous afin de déterminer s'il existe un lien entre votre état de santé et l'interférence nerveuse qui y est décrite.

Nerfs cervicaux

Fatigue Visuelle	Yeux rouges
Troubles de la vue	Prise de poids
Otite (infection d'oreille)	Bourdonnement des oreilles
Écoulement d'oreille	Envie irrésistible de sucré
Perte de l'ouïe	Sinusite
Écoulement nasal	Perte de la mémoire
Aphnée	Mal de gorge
Douleurs aux gencives	Cauchemars
Problèmes à l'oreille interne	Difficultés orthophoniques
Caries	Amygdalite
Enrouement/Laryngite	Maux de tête
Migraines	Instabilité émotionnelle
Fatigue chronique	Étourdissement
Anxiété	Insomnie

Nerfs thoraciques supérieurs

Asthme	Douleur à la poitrine
Douleur au-dessus de cœur	Difficulté à respirer
Toux Persistante	Bronchite
Expectoration de mucosité	Expectoration (toux) de sang
Pouls accéléré	Hypertension
Troubles cardiaques	Engourdissement des mains
Affections des poumons	Rétention de fluides
Pleurésie	Difficulté à avaler
Nausées	Crise de la vésicule biliaire
Ballonnement	Intolérance aux aliments gras

Nerfs de la section médiane du torse

Faible appétit	Faim excessive
Ulcères gastriques	Envie irrésistible de sucré
Difficulté à avaler	Soif excessive
Troubles du foie	Régurgitation de la nourriture
Douleurs abdominales	Diarrhée
Déficiences immunitaires	Constipation
Inflammation du pancréas	Selles noires
Hyperglycémie	

Nerfs thoraciques inférieurs

Allergies

Éternuements

Épuisement

Troubles digestifs après les repas

Troubles de l'appendice

Troubles de la vessie

Troubles rénaux

Troubles des testicules ou troubles des ovaires

Infection de la vessie

Enflure des chevilles

Étourdissements en se levant

Nerfs lombaires

Troubles de la vessie

Mauvaise haleine

Troubles intestinaux

Stérilité

Impotence

Troubles de la prostate

Affections féminines

Varices

Syndrome du côlon irrité

Flatulence

Urination douloureuse

Cernes prononcés

Dysménorrhée

Troubles reproductifs

Hémorroïdes

Débalancements hormonal

AUTO-ÉVALUATION DES HABITUDES SAINES ET D'UN STYLE DE VIE FAVORISANT LE BIEN-ÊTRE

Notre cabinet veille à offrir à des individus qui ont leur mieux-être à cœur et à leur famille des services chiropratiques centrés sur le bien-être. Nous nous employons à améliorer de façon intégrale la santé de nos patients et de prodiguer de façon proactive des soins en vue d'encourager l'épanouissement de nos patients sur les plans de la santé et du bonheur. Afin de mieux comprendre votre état de santé et votre bien-être, il est important que nous examinions vos habitudes de vie.

Veillez vous accorder une note en fonction de la mesure avec laquelle vous êtes en accord avec chacun des énoncés suivants:

1 = Jamais 2 = Rarement 3 = À l'occasion 4 = Souvent 5 = Toujours

Votre niveau de conditionnement physique

	1	2	3	4	5
Je me sens bien à mon poids actuel					
Je me tiens à jour sur mes indicateurs personnels de santé, par exemple mon poids et ma pression artérielle					
Je suis à l'aise avec ma composition corporelle (c.-à-d.) le rapport entre ma masse musculaire et ma masse corporelle grasse					
Je m'adonne à au moins 30 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée de trois à quatre fois par semaine					
Je m'entraîne sur le plan de la musculation au moins deux fois par semaine					
Je trouve que j'ai un niveau satisfaisant d'énergie					
Je suis en mesure d'accomplir mes activités et tâches quotidiennes avec peu ou aucune difficulté					
Je m'étire de deux à trois fois par semaine ou après mes séances d'entraînement					
J'estime avoir un tronc fort et ne ressentir peu ou aucune douleur au dos					
Je suis satisfait(e) de mon niveau de conditionnement physique					

Votre alimentation

	1	2	3	4	5
J'estime avoir une alimentation équilibrée					
Je mange au moins huit portions de fruits ou de légumes par jour					
Je prends un petit-déjeuner tous les jours					
Je suis conscient(e) que certains aliments peuvent avoir une incidence sur comment je me sens					
Je lis l'information nutritionnelle qui figure sur les emballages					
Je porte attention à la quantité de nourriture que je consomme					
Je bois entre 8 et 12 tasses d'eau par jour					
J'évite la malbouffe et la friture					
Je ne souffre pas de brûlements d'estomac					
Mon système digestif est régulier (je vais à la selle au moins une fois par jour)					

Votre esprit

	1	2	3	4	5
Je sais bien gérer le stress					
Je crois avoir le dessus sur ma vie (professionnelle et familiale)					
J'ai le soutien de mes proches pour adopter des habitudes de vie saines					
Je dors de sept à huit heures par soir					
Je me sens reposé(e) et revigoré(e) au réveil					
Je veux en apprendre davantage sur la santé et le bien-être					
Je suis une personne heureuse et positive					
Je m'adonne régulièrement à des activités corps-esprit (p. ex., méditation, yoga)					
Je prends du temps pour moi-même					
J'envisage un avenir prometteur					

VOTRE NIVEAU DE CONNAISSANCE DES SERVICES CHIROPRATIQUES

Décrivez en quoi consiste, selon vous, le rôle des chiropraticien(ne)s

Certains de vos proches (parents et amis) ont-ils recours aux services d'un chiro?

Oui

Non

Si vous avez répondu « oui », à quel(s) service(s) ont-ils recours:

Amélioration et maintien de la santé

Problèmes de santé

Les deux

Pour quelle(s) raison(s) sollicitez-vous des soins chiropratiques:

Amélioration et maintien de la santé

Problèmes de santé

Les deux

Qu'espérez-vous tirer des soins chiropratiques?

Aimeriez-vous obtenir de plus amples renseignements sur les autres services offerts à notre clinique?

Oui

Non

Si vous avez répondu « oui », veuillez préciser: