

Dossier # : _____

Mme M.

Date : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____

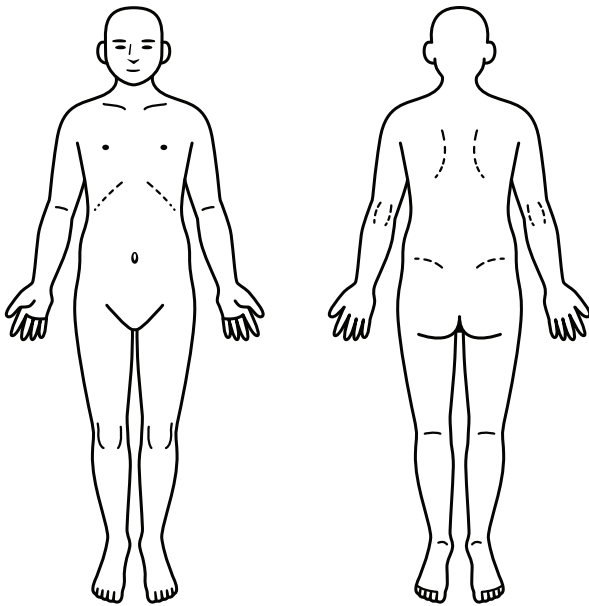
Téléphone : _____ Courriel : _____

Occupation : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Grandeur : _____ Poids : _____

Motif de consultation : _____

Indiquez l'endroit problématique



Ce qui aggrave vos symptômes :

Ce qui diminue vos symptômes :

Maladie ou particularité :

Indiquez vos médicaments :

Indiquez l'intensité de votre douleur

0
Pas de douleur

10
Pire douleur jamais ressentie

Accidents et /ou hospitalisation :

Opérations / chirurgie :

Quand cela a-t-il commencé? :

Cela a-t-il augmenté ou diminué? :

Avez-vous consulté un autre professionnel de la santé pour cette condition?

Antécédents familiaux

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

Avez-vous des frères et sœurs : Oui Non

Trouble cardiaque Cancer Diabète Arthrose/Arthrite Autres

Est-ce qu'un membre de votre famille est décédé : Oui Non

1. Quelle est votre position de travail?

Debout Assis En mouvement

2. Portez vous des orthèses, talonnettes ou semelles correctives? Oui Non**3. Habituellement dormez-vous sur....?** Le dos Le ventre Le côté**4. Combien d'heures dormez-vous par nuit?** 4h et moins

5-6h 7-8h 9h-11h 12h et +

5. Consommez-vous? Si oui combien?

a) Tabac/cigarette _____

b) De l'alcool _____

c) Du café _____

d) Des vitamines ou suppléments alimentaires? _____

6. Faites vous de l'exercice Oui Non**Avez-vous eu des problèmes de ? (Veuillez cocher la case appropriée)**

SYSTÈME CIRCULATOIRE

Basse pression Oui Non

Ecchymoses (bleus faciles) Oui Non

Essoufflement Oui Non

Étourdissements Oui Non

Haute pression Oui Non

Oedeme (enflure) Oui Non

Palpitation Oui Non

Saignement de nez Oui Non

Serrement Oui Non

Trouble cardiaque Oui Non

Trouble circulatoire Oui Non

Varices Oui Non

SYSTÈME DIGESTIF

Brûlement d'estomac Oui Non

Gaz/Ballonements Oui Non

Sang dans les selles Oui Non

SYSTÈME URINAIRE

Difficulté à uriner Oui Non

Douleur à la miction Oui Non

Envie fréquente Oui Non

Incontinence urinaire Oui Non

Pierre aux reins Oui Non

Troubles rénaux Oui Non

SYSTÈME ENDOCRINIEN

Bouffée de chaleur Oui Non

Tremblement Oui Non

Trouble d'ordre sexuel Oui Non

Trouble hormonaux Oui Non

Homme

Trouble de la prostate Oui Non

Femme

Absence de menstruation Oui Non

Crampes abdominales Oui Non

Êtes-vous enceinte? Oui Non

Êtes-vous ménopausée? Oui Non

Flux menstruel abondant Oui Non

Menstruation douloureuse Oui Non

Pertes vaginales anormales Oui Non

Symptômes de ménopause Oui Non

SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

Arthrite Oui Non

Fracture Oui Non

Maux d'épaules Oui Non

Maux de coudes Oui Non

Maux de dos Oui Non

Maux de genoux Oui Non

Maux de pieds Oui Non

Maux de poignets Oui Non

Maux de tête Oui Non

AUTRES

Allergies Oui Non

Démangeaisons Oui Non

Engourdissements Oui Non

Éruptions cutanées Oui Non

Extrémités froides/moites Oui Non

Fatigue Oui Non

Insomnie Oui Non

Irritabilité Oui Non

Maladie héréditaire Oui Non

Opération/chirurgie Oui Non

Perte ou gain de poids Oui Non

Sinusite Oui Non

Trouble de l'ouïe Oui Non

Trouble de la vue Oui Non

Troubles respiratoires Oui Non

Cancer Oui Non

Je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont complets et exacts et je consens à subir les examens nécessaires.

Signature : _____

Date : _____

Quels sont vos attentes/objectifs en venant consulter en chiropratique?

Quels types de soins recherchez-vous?

- Soulagement : Éliminer les symptômes uniquement, soulager la douleur et les malaises.
- Correction : Éliminer les symptômes et enrayer la cause du problème pour ainsi éviter que le problème ne revienne .
- Bien-être : Prévenir la survenue des symptômes en optimisant le fonctionnement du système nerveux pour acquérir et maintenir une santé optimale. Cette phase de soin est subséquente aux soins de correction pour les personnes ayant une problématique. Cette phase de soin convient aux personnes sans problématique désirant préserver leur santé et obtenir un état de bien-être.

POLITIQUE D'ANNULATION DES RENDEZ-VOUS

Un préavis **de 24 heures** est demandé lorsque vous désirez annuler ou modifier l'heure d'un rendez-vous. Des frais de 20\$ sont exigibles si ces conditions ne sont pas respectées.

Cette mesure se veut purement dissuasive. Nous comprenons qu'il peut arriver des circonstances exceptionnelles telle une tempête de neige ou une urgence. Lorsqu'un patient ne se présente pas à un rendez-vous ou annule à la dernière minute, c'est un temps de traitement qui aurait pu être donné à un autre patient, quelqu'un de souffrant qui aurait bénéficié de soins.

Merci de votre compréhension et de votre collaboration.

PAIEMENT

Les soins chiropratique sont payables à chaque visite.

Les modes de paiement sont **argent comptant, chèque, débit ou crédit.**

NOM (en lettre moulées) : _____

Signature : _____

Date : _____