



Nom:		N° tél cellulaire:	
Adresse:		N° tél domicile:	
Ville:	Prov:	N° tél travail:	
Code postal:	Sexe: F / M / A	Date de naissance: J/ M/ A	Âge:
Courriel:		Nom de votre conjoint(e):	
Occupation:		N° tél conjoint(e):	
Votre employeur:		Employeur de votre conjoint(e):	

Contact en cas d'urgence: \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance médical & montant de couverture/ année: \_\_\_\_\_

Nom de votre médecin de famille:	Dernier rendez-vous:
----------------------------------	----------------------

Prénoms & âges de vos enfants: \_\_\_\_\_

Vos activités physiques & vos intérêts: \_\_\_\_\_

Aimeriez-vous recevoir des rappels de rdv:  Courriel  SMS (texto)  Aucun rappel

Comment avez-vous connu la clinique:  Référence/nom  Site web  Autre

Raison de la consultation: \_\_\_\_\_

Depuis quand ressentez-vous ce problème? \_\_\_\_\_

Avez-vous un problème semblable auparavant?  Non  Oui Si oui, quand? \_\_\_\_\_

Votre douleur est:  constante  s'aggrave  pire le matin  pire le soir  vous empêche de dormir  s'améliore

Comment est survenu ce problème?  Graduellement  Soudainement  Suite à un accident  Je ne sais pas

Ma douleur est soulagée par :  froid  chaud  repos  étirement  massage  autre : \_\_\_\_\_

Avez-vous eu des Rayon X, IRM ou autres tests pour vos symptômes?  Non  Oui, spécifier: \_\_\_\_\_

Votre problème vous empêche-t-il de:  travailler  dormir  d'effectuer vos tâches quotidiennes: \_\_\_\_\_

Évaluer l'intensité de votre douleur (aucune) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (extrême)

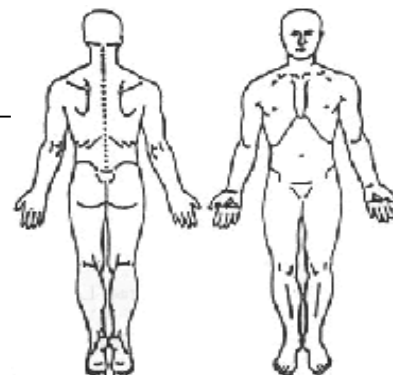
Qu'est ce qui aggrave votre problème? \_\_\_\_\_

Avez-vous consulté autre(s) professionnel(s) pour ce problème?  Non  Oui, spécifier: \_\_\_\_\_

Indiquer sur le schéma (à droite): A : Douleur aiguë P : Douleur profonde

P/E : Picotement/Engourdissement B : Brûlement C : Sensation de choc électrique

Avez-vous subi des accidents de travail :  Non  Oui Spécifier \_\_\_\_\_



Cocher  les boites si dessous: **“C” pour conditions courantes** et **“P” pour conditions dans le passé.**

C   P	C   P	C   P	C   P
Perte de poids inexplicable <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Trouble d'élocution <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Peu d'appétit <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Mal de tête <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Douleur constante matin/soir <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	AVC/ AIT <input type="checkbox"/>	Fièvre/ Frissons/ Sueur <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Douleur mâchoire <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Perte de contrôle vessie <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Vision double <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Rhume fréquent <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Douleur sinus <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Perte de ballant/ instable <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Palpitations cardiaques <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Anxiété/ dépression <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Douleur cou <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Perte de mémoire <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Étourdissements <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Reflux gastrique <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Douleur milieu dos <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Bourdonnement d'oreilles <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Angine/ Douleur <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Constipation/ diarrhée <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Douleur épaule <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Crachat de sang <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Haute pression <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Côlon irritable <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Douleur coude/poignet <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Difficulté à avaler <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Basse pression <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Nausée / vomissement <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Douleur main <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Varices / Phlébite/ Caillots <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Tremblement <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Asthme <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Douleur bas du dos <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Sang dans les selles / urine <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Difficulté respiratoire <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Infection d'oreille <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Douleur hanche <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Miction douloureuse <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Toux chronique <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Difficulté sommeil <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Douleur genou <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Mains enflées <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Bronchite <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Pneumonie <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Douleur cheville <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Chevilles enflées <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Mauvaise circulation <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Gain de poids <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	Migraines <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
<i>Douleurs menstruelles</i> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	<i>Cycle irrégulier</i> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	<b>VOTRE NIVEAU DE STRESS : ____/10</b>	
Êtes-vous présentement enceinte? Non <input type="checkbox"/> / Possiblement <input type="checkbox"/> / Oui <input type="checkbox"/> Si oui, la date prévue d'accouchement _____			

Indiquer toutes autres conditions: \_\_\_\_\_

Cocher  ce qui s'applique à vous :

Assis(e) prolongé/ travail de bureau <input type="checkbox"/>	Mauvaise posture <input type="checkbox"/>	Debout longtemps <input type="checkbox"/>	Torsion répétitive <input type="checkbox"/>
Stress Émotionnel <input type="checkbox"/>	Traumatisme antérieur <input type="checkbox"/>	Manque de sommeil <input type="checkbox"/>	Sommeil d'estomac <input type="checkbox"/>
<b>Comme enfant</b> : J'ai tombé ou sauté d'une hauteur de plus de 4 pieds de haut <input type="checkbox"/>	<b>Comme enfant</b> : J'ai eu un impact (planche à neige/ ski/ bicyclette /trampoline etc.) <input type="checkbox"/>	<b>Comme enfant</b> : J'ai joué au(x) sport(s) avec contact <input type="checkbox"/>	<b>Comme enfant</b> : J'ai subi autres traumatismes <input type="checkbox"/>
Historique commotion cérébrale <input type="checkbox"/>	Fracturé un os <input type="checkbox"/>	Point de sutures <input type="checkbox"/>	Chirurgie <input type="checkbox"/>
Blessure au travail <input type="checkbox"/>	Blessure répétitive <input type="checkbox"/>	Chute grave <input type="checkbox"/>	Stress Chronique <input type="checkbox"/>
Accident de véhicule motorisé <input type="checkbox"/>	Soins d'urgence (hôpital) <input type="checkbox"/>	Diagnostique cancer <input type="checkbox"/>	J'ai le VIH <input type="checkbox"/>

Décrire un traumatisme ou des impacts majeurs: \_\_\_\_\_

Liste de condition diagnostiqué: \_\_\_\_\_

Liste de médicaments que vous prenez: \_\_\_\_\_

Inscrire le nombre par jour:

Café _____ / jour	Breuvage caféiné: _____ /jour	Verre d'eau: _____ /jour	Alcool: _____ /jour _____ /semaine
Cigarettes _____ /jour	Heure de sommeil: _____ /nuit	Heure de conduite: _____ /jour	# d'heures assis _____ /jour

Le coût d'une consultation et examen pour un nouveau patient est 110\$. Imagerie rayon X si nécessaire est 40\$ - 80\$.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_