

**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 avisé 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
<b>Niveau de Stress</b> ___/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

