

Consentement pour des soins chiropratiques

Les docteurs en chiropratique ayant recours aux techniques manuelles de thérapie doivent avertir leurs patients qu'il existe ou qu'il peut exister des risques associés à ce type de traitements. En particulier, vous devez avoir connaissance des éléments suivants :

- a) Bien que ce soit rare, il se peut que certains patients constatent une aggravation des symptômes à court terme, des fractures des côtes ou un claquage ou une entorse musculaire ou des ligaments suite aux techniques de thérapies manuelles;
- b) Il existe des cas d'accidents vasculaire cérébral associés à des mouvements de la nuque très communs, y compris l'ajustement des vertèbres supérieures de la colonne vertébrale. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de preuves médicales et scientifiques établissant un rapport certain entre l'ajustement des vertèbres supérieures de la colonne vertébrale et l'accident vasculaire cérébral. De plus, l'association apparente est très peu fréquente. Cependant, nous vous mettons en garde contre cette possible association, car l'AVC peut parfois entraîner des déficiences neurologiques, et, à de rares occasions, peut entraîner des lésions, y compris la paralysie. Le risque de tels préjudices relatifs à l'ajustement des vertèbres supérieures de la colonne vertébrale est extrêmement faible;
- c) Il existe un certain nombre de cas où l'on a signalé une lésion de disques suite à un ajustement de la colonne lombaire et de la colonne cervicale, bien qu'aucune étude scientifique n'ait jamais démontré que ces lésions étaient causées, ou pouvait être causées par les ajustements vertébraux ou des traitements de chiropratique.

Les traitements chiropratiques, y compris les ajustements vertébraux, ont fait l'objet de rapports gouvernementaux et d'études pluridisciplinaires au cours de nombreuses années, et l'on a conclu à leur utilité dans les traitements de nombreuses pathologies de la nuque et du dos, comme la douleur, la raideur, les spasmes musculaires, la perte de mobilité, les maux de tête et d'autres symptômes comparables. Les soins de chiropratique contribuent à votre bien-être général. Le risque de lésions ou de complications à la suite d'un traitement de chiropratique est beaucoup moins élevé que de nombreux traitements médicaux, de nombreuses médications ou d'autres traitements prescrits pour les mêmes symptômes.

Je reconnais m'être entretenu où avoir eu l'occasion de m'entretenir avec mon chiropraticien de la nature et de l'objectif des traitements de chiropratique en général et de mon traitement en particulier (y compris de l'ajustement vertébral) ainsi que du contenu de ce consentement.

Je consens au traitement chiropratique pratique ou recommandé par mon chiropraticien, y compris aux ajustements vertébraux. Je suis conscient que ce consentement s'applique aux soins chiropratiques actuels et à venir.

En date du _____ jour du mois de _____ 20_____.

Signature du patient (ou du tuteur légal)

Témoin de la signature

(Nom : en caractères d'imprimerie)

(Nom: en caractères d'imprimerie)

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'aîne	<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

