

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom: _____ Date de naissance (année/mois/jour): _____

Age: _____ Sexe: _____

Adresse: _____
(Rue) (Ville) (Code postal)

Téléphone. #: _____ Cell: _____ Courriel: _____

Statut matrimonial: _____ Nombre d'enfant: _____ Occupation: _____

Est-ce que votre chiropraticien peut vous contacter par courriel concernant vos soins? Oui / Non

Souhaitez-vous recevoir des informations et conseils de santé une fois par mois? Oui / Non

Comment avez-vous entendu parler de la clinique? Internet Bouche-à-oreille Évènements sportifs
 Référence professionnelle: _____ Journaux Autre: _____

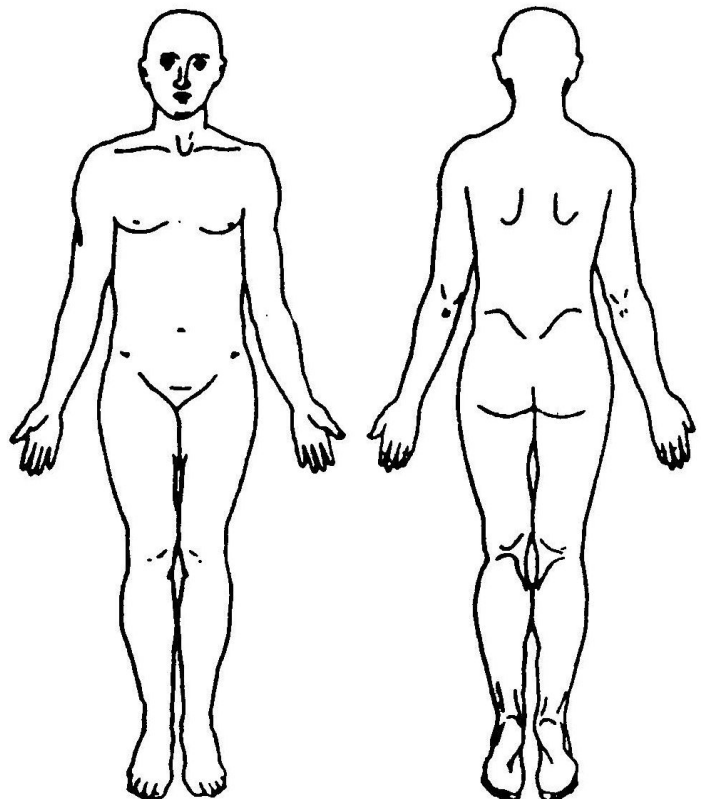
Nom de votre médecin de famille: _____

Permission de le transmettre au besoin vos informations médicales (au médecin/pharmacien/hôpital) Oui / Non

Votre condition

Identifiez une/des régions pour lesquelles vous consultez avec les signes suivants :

Douleur	xxx
Engourdissement	ooo
Perte de force	vvv



SOULAGEMENT ET QUALITÉ DE VIE :

Je souhaite un soulagement :

- Temporaire
 À long terme
 Au choix du chiropraticien

CONCERNANT VOTRE SANTÉ

Ma santé est: Excellente Bonne Correcte Mauvaise

Mettre en ordre d'importance vos préoccupations/problèmes de santé :

1. _____
 2. . _____
 3. . _____
 4. . _____

HISTORIQUE FAMILIAL DE SANTÉ

Inscrire les membres de votre famille immédiate (ou vous-même) souffrant de ces conditions;

Cancer:	Maladies auto-immune:
Eczéma:	Arthrites:
Diabète:	Allergies:
Problèmes cardiaques:	Asthme:
Haute pression:	Dépendances:
AVC:	Maladie du foie:

Autres: _____

Vaccinations: Je les ai tous eu Vaccin pour la grippe J'ai eu quelques vaccins
 Je n'ai jamais été vacciné Vaccin de voyages Je ne me souviens plus

Les soins chiropratiques en matière de prévention et le maintien de la santé ne sont possibles que lorsque nous avons compris quels sont vos objectifs. La façon dont vous répondez aux questions suivantes nous montrera de quelle façon nous pourrions vous venir en aide au meilleur de nos connaissances. Votre temps, votre réflexion et votre honnêteté sont très appréciés.

1. Que connaissez-vous de l'approche chiropratique ?

2. Quelles sont vos attentes envers la Clinique Chiropratique Ipsum?

3. À quel niveau associez-vous les symptômes que vous ressentez au style de vie que vous adoptez ? Encerclez le chiffre correspondant :

0% 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (100%)

4. Quelles sont les habitudes que vous adoptez quotidiennement qui pourraient **contribuer** à vous maintenir en santé ?

5. Quelles sont les habitudes que vous adoptez quotidiennement qui pourraient **nuire** à vous maintenir en santé ?

6. Quels sont les obstacles dans votre vie qui pourrait vous empêcher d'adopter le style de vie que nous discuterons ensemble?

7. Sentez-vous que vous vous épanouissez pleinement dans votre vie ? Sinon, qu'est-ce qui vous en empêche ?

Dressez la liste des hospitalisations, chirurgies, accidents/blessures que vous avez subies, Rayons-X, Scan, IRM, Ect par le passé :

Année: _____ Description: _____

Année: _____ Description: _____

Année: _____ Description: _____

Année: _____ Description: _____

Évènement stressant majeur: (Perte d'un être cher, divorce, changement de carrière, maladie grave)

Allergies/réactions à : un médicament, nourriture, alcool, caféine, parfums, fumée, produits nettoyant ou autre:

Lisez les prochaines questions et notez avec les numéros qui s'y appliquent:

0 (Laissez vide) = Jamais consommé(e)

1= quelques fois par année

2 = quelques fois par mois

3 = à toutes les semaines

4 = à tous les jours

Diète

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcool | 8. <input type="checkbox"/> Café | 16. <input type="checkbox"/> Sucre raffiné |
| <input type="checkbox"/> Sucrants artificiels | 9. <input type="checkbox"/> Restauration rapide | 17. <input type="checkbox"/> Vitamines et minéraux |
| <input type="checkbox"/> Bonbons | 10. <input type="checkbox"/> Friture | 18. <input type="checkbox"/> Eau distillée |
| <input type="checkbox"/> Liqueurs | 12. <input type="checkbox"/> Margarine | 19. <input type="checkbox"/> Eau robinet |
| <input type="checkbox"/> Tabac à chiquer | 13. <input type="checkbox"/> Lait/fromage/yogourt | 20. <input type="checkbox"/> Eau embouteillée |
| <input type="checkbox"/> Cigarettes | 14. <input type="checkbox"/> Thé | 21. <input type="checkbox"/> Diète fréquente (O ou N) |
| <input type="checkbox"/> Cigares/pipe | 15. <input type="checkbox"/> Farine blanchie/pâtisserie | |

Style de vie

- Exercice (3 = 5 fois et + /sem, 2 = 2-4 fois/sem, 1 = 1 fois/sem, 0 = aucune)
- Stress (3 = intense/chronique, 2 = modéré, 1 = léger/occasionnel, 0 = none)
- Changement d'emploi (3 = dans les 2 derniers mois, 2 = dans les 6 derniers mois, 1 = dernière année)
- Divorce (3 = lors des 6 derniers mois, 2 = dernière année, 1 = lors des 2 dernières années 0 = jamais)
- Travailler au-dessus de 40h/sem (3 = Toujours, 2 = en général, 1 = parfois, 0 = jamais)

MEDICATIONS

Médication que vous avez prise(s) lors du dernier mois:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antiacides | <input type="checkbox"/> Anovulant | <input type="checkbox"/> Drogue occasionnelle |
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Med. pour dormir |
| <input type="checkbox"/> Anticonvulsant | <input type="checkbox"/> Cortisone | <input type="checkbox"/> Med. pour la thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseur | <input type="checkbox"/> Insuline | <input type="checkbox"/> Tylenol/acétaminophène |
| <input type="checkbox"/> Antifongique | <input type="checkbox"/> Diurétique | <input type="checkbox"/> Antiacide |
| <input type="checkbox"/> Aspirine/Ibuprofène | <input type="checkbox"/> Mx pour la pression | AAutre: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pompe d'asthme | <input type="checkbox"/> Thérapie hormonale | |
| <input type="checkbox"/> Beta bloquant | <input type="checkbox"/> Laxatif | |

Lire les questions suivantes et encerclez le numéro qui s'applique :

- 0 = (laissez vide) = Rien à signaler
- 1 = Symptômes mineurs (1x/mois ou moins)
- 2 = Symptômes modérés (1x/semaine)
- 3 = Symptômes sévère (Tous les jours)

Système gastro-intestinal supérieur

Gaz juste après les repas ou 1h après	0 1 2 3	Mes ongles cassent facilement	0 1 2 3
Reflux acide	0 1 2 3	Anémie ne répondant pas au fer	0 1 2 3
Je suis végétarien	non oui	Diarrhée, chronique	0 1 2 3
Difficulté à respirer	0 1 2 3	Diarrhée juste après les repas	0 1 2 3
Perte du goût	0 1 2 3	Selles noires	0 1 2 3
Je me sens trop plein(e) après repas	0 1 2 3	Aliments non-digérés dans les selles	0 1 2 3
Endormi(e) après les repas ?	0 1 2 3		

Foie et vésicule biliaire

Douleur entre les omoplates	0 1 2 3	Malade après avoir bu du vin	0 1 2 3
Brûlement d'estomac après repas gras	0 1 2 3	Intoxiqué facilement après avoir bu	0 1 2 3
Selles graisseuses/luisantes	0 1 2 3	Historique d'abus de drogue/alcool	Non oui
Nausée	0 1 2 3	Historique d'hépatite	Non oui
Mal des transports	0 1 2 3	Douleur sous la cage thoracique droite	0 1 2 3
Histoire de nausée matinale	Non oui	Hémorroïde	0 1 2 3
Selles pales ou blanche	0 1 2 3	Consommation d'aspartame	0 1 2 3
Peau sèche	0 1 2 3	Fibromyalgie chronique	0 1 2 3
Céphalée au-dessus des yeux	0 1 2 3		
Crise de vésicule biliaire	0 1 2 3		
Vésicule biliaire enlevée	Non oui		
Goût amer en bouche après les repas	0 1 2 3		

Petit intestin

Allergie alimentaire	0 1 2 3	Rythme cardiaque augmente après repas	0 1 2 3
Gaz 1-2h apes les repas	0 1 2 3	Constipation/diarrhée alternée	0 1 2 3
Aliment précis provoque fatigue/gaz	0 1 2 3	Sensible au blé ou à des grains	0 1 2 3

Gros intestin

Prise d'antibiotique pour une période de 1 = < 1 mo, 2 = < 3 mois, 3 = > 3 mos.	0 1 2 3	Syndrome du côlon irritable	0 1 2 3
Historique de parasite	Non oui	Sang sans les selles	0 1 2 3
		Mucus dans les selles	0 1 2 3
		Crampe dans le bas de l'abdomen	0 1 2 3

Besoin en minéraux

Trouble tunnels carpiens	Non oui	Crampe musculaire au repos	0 1 2 3
Historique fracture de stress	Non oui	Historique d'hernie discale	Non oui
Perte densité osseuse	0 1 2 3	Raideur matinale	0 1 2 3
Nausées /vomissements	0 1 2 3		
Anémie (faible taux de globules rouges)	0 1 2 3		

Sucre					Irritabilité lorsque saute un repas	0	1	2	3
Appétit sans fond	0	1	2	3	Tremblement si saute un repas	0	1	2	3
Rage de café l'après-midi	0	1	2	3	Membre de la famille atteint de diabète	0	1	2	3
Fatigue soulagée par la nourriture	0	1	2	3	Soif fréquente	0	1	2	3
Maux de tête si saute un repas	0	1	2	3	Urine fréquemment	0	1	2	3

ENDOCRINIEN

Développement sexuel physique					Désordres menstruels	0	1	2	3
Précoce (< 10ans)	Non	Oui			Développement sexuel physique tardif (>13 ans)	Non	Oui		
Soif anormale	0	1	2	3	Tendance aux ulcères gastriques	0	1	2	3
Gain de poids autour des hanches/taille	0	1	2	3					

THYROÏDE

Allergie à l'iode	0	1	2	3	Manque de motivation	0	1	2	3
Difficulté à prendre du poids	0	1	2	3	Fatigue durant le jour	0	1	2	3
Tremblements intérieurs	0	1	2	3	Mains/pieds froids	0	1	2	3
Visage rougit facilement	0	1	2	3	Constipation / problème digestifs	0	1	2	3
Pouls au repos élevé (>100)	0	1	2	3	Perte de cheveux	0	1	2	3
Intolérance à la chaleur	0	1	2	3	Maux de tête au réveil qui s'estompent	0	1	2	3
Difficulté à perdre du poids	0	1	2	3					

POUR LES HOMMES

Problème de prostate	0	1	2	3	Interruption du jet lorsque urine	0	1	2	3
Difficulté à uriner	0	1	2	3	Douleur interne des jambes/ talons	0	1	2	3
Difficulté à initier et arrêter le jet d'urine	0	1	2	3	Sensation d'avoir fait des selles incomplètes	0	1	2	3
Douleur/brulûre	0	1	2	3	Fonction sexuelle diminuée	0	1	2	3
Perte d'urine nocturne	0	1	2	3	Histoire de ITS-(MTS)	Non	Oui		

POUR LES FEMMES

Dépression pendant les menstruations	0	1	2	3	Fibromes utérins	0	1	2	3
Syndrome prémenstruel	0	1	2	3	Bosse(s) aux seins	0	1	2	3
Menstruation abondantes	0	1	2	3	Sueurs nocturnes (pendant la ménopause)	0	1	2	3
Cycle irrégulier	0	1	2	3	Enceinte	Non	Oui		
Endométriose	0	1	2	3					