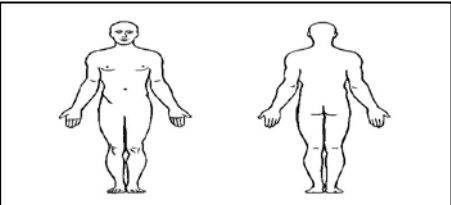


INFORMATION GÉNÉRAL

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	Ville :	Code postal :
Courriel :	Occupation :	
Tél. maison :	Tél. Cellulaire :	
Statut : marié(e) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf (ve) <input type="checkbox"/> conjoint de fait <input type="checkbox"/> Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Quel est le nom du patient qui vous réfère à notre clinique?		
Notre clinique vous est connu par : Internet <input type="checkbox"/> enseigne <input type="checkbox"/> publicité <input type="checkbox"/> autre :		

RAISON DE LA CONSULTATION

Indiquez vos problèmes de santé par ordre d'importance.	Prévention <input type="checkbox"/>	
1. <input style="width: 90%;" type="text"/>		
2. <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Depuis combien de temps ressentez-vous votre problème?		
Comment est survenu ce problème? Graduellement <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> je ne sais pas <input type="checkbox"/> suite à un trauma (accident) <input type="checkbox"/> Précisez :		
Votre problème est-il présent ... du temps? 100% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> - 25% <input type="checkbox"/>		
Comment évolue votre problème? Il... s'améliore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/> s'aggrave <input type="checkbox"/>		
Votre problème est-il plus intense ...? au lever <input type="checkbox"/> le jour <input type="checkbox"/> le soir <input type="checkbox"/> la nuit <input type="checkbox"/>		
Votre problème vous empêche t-il de ... ? travailler <input type="checkbox"/> dormir <input type="checkbox"/> mener votre routine <input type="checkbox"/>		
Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème? Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> lequel?		
Avez-vous eu un problème semblable auparavant? Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Quand?		

VOTRE DERNIER EXAMEN DATE DE :	- de 6 mois	6 à 12 mois	12 mois et +	jamais
EXAMEN CHIROPRATIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXAMEN PHYSIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXAMEN RADIOLOGIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXAMEN SANGUIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXAMEN URINAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVEZ-VOUS SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS DE :

<p>N O</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Évanouissements / étourdissements</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques (infarctus, angine, souffle, trouble de valve)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trouble pulmonaires (asthme, tuberculose, etc)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trouble digestifs (ulcère d'estomac ou duodéal, acidité)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problème de foie (hépatite A, B ou C, cirrhose)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trouble circulatoires (tension artérielle haute/ basse, mains/ pieds froids)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dépression / nervosité / anxiété</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergies / sinusites / rhumes fréquents</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maux de tête (céphalées, migraines fréquentes)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maux d'oreilles (otites, cérumen abondant)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthrite (rhumatismale à l'enfance ou actuel)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthrose</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sang dans les selles ou dans l'urine</p>	<p>N O</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Êtes-vous séropositif au test du SIDA?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie ou chimiothérapie (tumeur)?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infections transmises sexuellement</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problèmes oculaires</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles rénaux</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles de la prostate</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatigue chronique</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cystites à répétition</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles thyroïdiens</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maladie de peau</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Boulimie / Anorexie</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Engourdissement</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acouphène / Vertiges</p> <p style="text-align: right;">N O</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipation</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrhée</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Œdème/enflure</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hypoglycémie</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anémie</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabète</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Épilepsie</p>
--	--

HISTORIQUE CHIROPATIQUE

Quelle est votre position de travail? debout <input type="checkbox"/> assis <input type="checkbox"/> en mouvement <input type="checkbox"/>
Portez-vous des ...? Ceintures lombaires ou dorsales <input type="checkbox"/> collet cervical <input type="checkbox"/> talonnettes <input type="checkbox"/> orthèses <input type="checkbox"/>
Avez-vous des prothèses articulaires? hanches <input type="checkbox"/> genoux <input type="checkbox"/>
Habituellement dormez-vous sur ...? le dos <input type="checkbox"/> les 2 cotés <input type="checkbox"/> le droit <input type="checkbox"/> le gauche <input type="checkbox"/> le ventre <input type="checkbox"/>
Combien d'heures dormez-vous en moyenne par nuit?
Consommez-vous...? Si oui inscrivez combien. <input type="checkbox"/> Tabac/cigarettes _____ cig. /par jour <input type="checkbox"/> café _____ tasses / jour <input type="checkbox"/> Alcool _____ verre / semaine <input type="checkbox"/> vitamine ou suppléments _____
Faites-vous de l'exercice? Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lesquels :

HISTORIQUE MEDICAL

Information sur la méthode utilisée a la naissance forceps <input type="checkbox"/> ventouses <input type="checkbox"/> césarienne <input type="checkbox"/> siège <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/>
Vaccination oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà été hospitalisé ou opéré? Si oui, pourquoi
Prenez-vous des médicaments en ce moment? <input type="checkbox"/> anti-inflammatoires <input type="checkbox"/> relaxants musculaires <input type="checkbox"/> pression artérielle <input type="checkbox"/> hormones <input type="checkbox"/> anti-douleurs <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> glande thyroïde <input type="checkbox"/> anovulants <input type="checkbox"/> homéopathie <input type="checkbox"/> autre :

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Age du père : _____ si décédé cause : _____ Age de la mere : _____ si décédé cause : <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>
Avez-vous des frères et sœurs? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des enfants? Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui combien? _____ Leur âge :
Y a-t-il des maladies dégénératives dans votre famille? (arthrose, arthrite, cardiaques, cancer etc...) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Existe-t-il des maladies génétiques? (fibrose kystique, etc) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui lesquelles? _____

SECTION RÉSERVÉE AUX FEMMES

Êtes-vous enceinte : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Vos menstruations sont-elles régulières? Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Vos périodes mentruelles sont-elles douloureuses? Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Utilisez-vous une méthode contraceptive : _____ Dernière période menstruelle : _____ anovulant oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> condom oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> symptothermique oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Êtes-vous en ménopause? Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Suivez-vous une hormonothérapie? Oui non
Avez-vous remarqué la présence de...masses sur les seins? Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sécrétions vaginale anormales? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

DÉCLARATION POUR TOUS

Je déclare que toute les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et je consens à subir les examens nécessaires. Tel que stipulé à l'article 3.07.01 du <i>Code de déontologie des chiropraticiens</i> , les dossiers et radiographies originaux sont la propriété du chiropraticien. Des photocopies peuvent être disponibles sur demande moyennant des frais. Signature : _____ Date : _____
--