

Date d'ouverture _____



Centre Chiropratique de Granby
14 rue Court Granby Qué J2G 4Y5
Tél : 450-777.3600

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse complète : _____

_____ Code Postal : _____

Téléphone : Rés : _____ Travail : _____ Poste : _____

Cell : _____ Courriel : _____

Date de naissance : (J/M/A) _____ Âge : _____ Sexe : H F

Votre occupation : _____

Qui devons-nous remercier pour vous avoir référé à la clinique : _____

Motif de la consultation

Quel est votre motif principal de consultation ?

- Prévention Amélioration de votre santé Autre Problème : précisez :

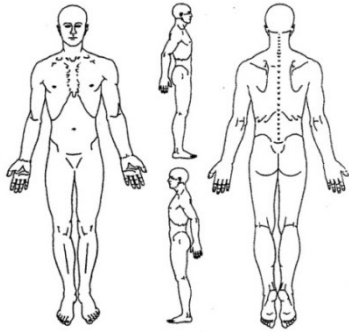
Depuis combien de temps cela vous affecte-t-il ? _____

Avez-vous déjà eu un problème semblable ? Non Oui, quand ? _____

Le problème a commencé...

- À la suite d'un effort violent À la suite d'une chute En levant un objet
 À la suite d'un accident Pendant une grossesse En pratiquant un sport
 Sans raison apparente Autre _____

Indiquez sur les schémas les endroits où vous éprouvez vos malaises, vos douleurs



Marquez la sévérité de votre douleur quand elle est la plus faible et quand elle est la pire, en encerclant deux chiffres sur l'échelle suivante :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Faible extrême

La douleur est plus intense (plus forte) : Au lever Le jour Le soir La nuit

Qu'est-ce qui diminue votre douleur?

- marcher vous asseoir vous coucher vous tenir debout
 changer de position le froid la chaleur prendre des médicaments
 massage faire des exercices

Autres _____

Qu'est-ce qui aggrave votre douleur?

- vous asseoir rester dans la même position travaillé penché
 vous coucher être tendu, stressé monter/descendre escalier
 les mouvements uriner rester assis longtemps
 pratiquer un sport vous relever après être assis manger
 tousser/éternuer certains mouvements précis

Au cours de la dernière année, avez-vous consulté un chiropraticien ou tout autre professionnel de la santé ?

- Non Oui, pour ce problème oui pour autre problème

Précisez : _____

Habitudes de vie

Indiquez à quelle fréquence vous pratiquez une activité physique (incluant une marche de détente)

- Plus de 2 fois/sem 1-2 fois/sem 1 fois/2 sem 1 fois/mois

Indiquez votre consommation :

Tabagisme ___/jour ___ Thé, café/jour Alcool ___/sem Liqueur ___/sem Eau ___/jour

Dans quelle position dormez-vous ?

- Sur le dos Sur le côté Sur le ventre

Radiographies au cours de la dernière année ? Si oui précisez : _____

Énumérez toutes les chirurgies que vous avez subies

Type : _____ Date : _____

_____ Date : _____

_____ Date : _____

Avez-vous déjà eu un accident d'automobile ? Non Oui _____

Avez-vous déjà fait une chute importante ? Non Oui _____

Énumérez tous les médicaments que vous prenez : _____

Avez-vous une ou plusieurs des conditions suivantes :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Étourdissements/vertiges | <input type="checkbox"/> Sinusite |
| <input type="checkbox"/> Angoisse | <input type="checkbox"/> Évanouissements | <input type="checkbox"/> Toux |
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Extrémités froides/moites | <input type="checkbox"/> Tremblements |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques |
| <input type="checkbox"/> Ballonnements / gaz | <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires |
| <input type="checkbox"/> Basse pression | <input type="checkbox"/> Frissons | <input type="checkbox"/> Troubles de la prostate |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Haute pression | <input type="checkbox"/> Troubles de la vue |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Hypoglycémie | <input type="checkbox"/> Troubles de l'ouïe |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire | <input type="checkbox"/> Troubles digestifs /
reflux gastrique |
| <input type="checkbox"/> Démangeaisons | <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Troubles hormonaux |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Irritabilité | <input type="checkbox"/> Troubles rénaux |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Troubles respiratoires |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Œdème (enflure) | <input type="checkbox"/> Uriner fréquemment |
| <input type="checkbox"/> Ecchymoses (bleus) | <input type="checkbox"/> Perte ou gain de poids | <input type="checkbox"/> Uriner la nuit |
| <input type="checkbox"/> Engourdissements | <input type="checkbox"/> Pierres aux reins | <input type="checkbox"/> Varices |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Sang dans les selles | |
| <input type="checkbox"/> Éruptions cutanées (rougeurs) | <input type="checkbox"/> Sang dans les urines | |

Section réservée aux femmes

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Oui | non | | oui | non |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enceinte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Méthode de contraception | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Menstruation régulières | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Absence de menstruation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Flux menstruel abondant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Je déclare que toutes les informations fournies sont complètes et exactes.
Et j'accepte aussi que le chiropraticien effectue les examens qu'il jugera nécessaires.*

Signature : _____ Date : _____

Nom en lettres moulées _____

DDN : _____