

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL

A Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____ Sexe: F M État civil: _____
Adresse: _____ Ville: _____ Code postal: _____ Téléphone: () _____
Téléphone au bureau: _____ Cellulaire: _____ Courriel: _____
Occupation: _____ Référé par: _____

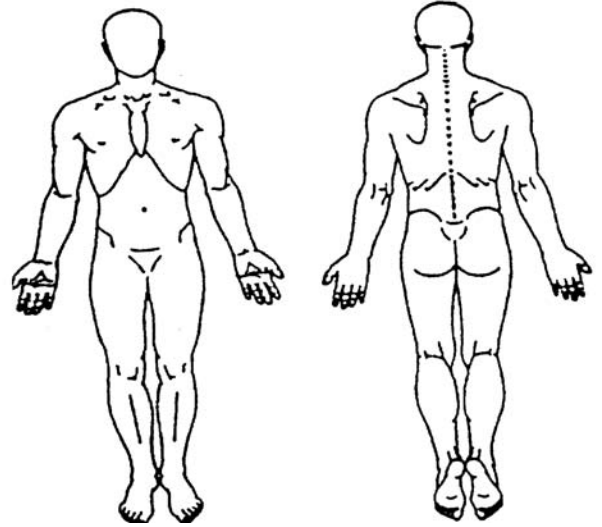
Motif de consultation

1. Quel est votre motif **principal** de consultation?
 Prévention Amélioration de la santé Problème précis:

Autres: _____
2. Quand est apparu le problème? _____
3. Comment est-ce arrivé (cause)? _____
4. Est-ce le premier épisode? Oui Non, le ___ e
5. Décrivez les symptômes associés:
 aiguë sourde brûlure tension blocage fourmillement
 aiguilles irradiante diffuse élancement perte de force
 engourdissements Autre: _____
6. Encerclez l'intensité: (nulle) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très forte)
7. Vos symptômes sont: Constants Intermittents (___jrs /sem.)
Pires: Au lever Le jour Le soir La nuit
Soulagés par: Le repos Les changements de position
 La marche Chaud/Froid
La position: Assise Couchée Debout
 La médication: _____
 Autres: _____
8. Votre condition tend à s'aggraver:
 Avec le temps À chaque épisode
 Avec certains mouvements: _____
 Après certaines activités: _____
9. Votre condition vous limite dans quelles activités?
 Travail Sommeil Marche Sports Loisirs
 Gestes de tous les jours: _____
10. Cela occasionne : Diminution d'énergie Tension, stress accru

Indiquer les régions affectées sur le schéma

Douleur: XXXXX Engourdissement: ///// Raideurs: -----



- ♦ Avez-vous déjà consulté un autre professionnel pour cette condition ou une condition semblable?
 Oui: _____ Non
Diagnostic: _____
- Résultat obtenu: Très bon Amélioration Aucun/pire
- ♦ Votre cas relève-t-il de la CSST? Oui Non
- ♦ Votre cas relève-t-il de la SAAQ? Oui Non
- ♦ Quelles activités espérez-vous plus apprécier lorsque vous aurez regagné une meilleure santé?

Historique de santé vertébrale

1. Parmi les causes de troubles vertébraux suivants, lesquelles avez-vous déjà vécues?
♦ Accidents d'automobile Oui Non
Date: _____
♦ Chutes accidentelles Oui Non
♦ Efforts excessifs Oui Non
♦ Sports de contact Oui Non
♦ Mouvements répétitifs Oui Non
♦ Mauvaise posture soutenue Oui Non
2. Quel est votre niveau de stress?
 Nul Bas Moyen Haut Excessif
3. À quand remonte votre dernier examen chiropratique? _____
4. Quel était le nom de votre chiropraticien? _____
5. Quel type de soins avez-vous reçu?
 Soulagement Correction Prévention
6. Quelles techniques ont été utilisées?
 Ajustements Ultrasons, stimulation électrique Massage
7. Avez-vous eu des radiographies cette année?
 Oui (dans quelle région? _____) Non

Habitudes de vie

1. Avez-vous participé à des activités physiques dans les six derniers mois? Oui: _____ Non
2. Travail à l'ordinateur/bureau ___h/jour debout ___h/jour
Soulèvement de charges/mouvements répétitifs ___h/jour
3. Votre poste de travail est-il ergonomique: Oui Non
4. Alimentation : Mauvaise Passable Bonne Exc.
5. Tabagisme: ___ / jour Alcool: ___ / semaine
Thé, café: ___ / jour Liqueur: ___ / jour
6. Sommeil: Réparateur Non réparateur
Position: Ventre Dos Côté
Matelas adéquat: Oui Non
Oreiller orthopédique: Oui Non

Section réservée aux femmes

1. Êtes-vous enceinte? Oui Non Ne sait pas
2. Menstruations: irrégulières douloureuses abondantes
3. Méthode contraceptive: _____
4. Êtes-vous en ménopause? Oui Non
5. Suivez-vous une hormonothérapie? Oui Non
6. Avez-vous remarqué des: MASSES sur les seins
 Sécrétions vaginales *anormales*
7. Nombre de grossesses: _____ Complications: _____

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL

F

Historique de santé

1. À votre naissance, y a-t-il eu:
 - Césarienne
 - Provocation
 - Complications
2. Êtes-vous droitier ou gaucher?
3. Avez-vous déjà été:
 - ♦ hospitalisé?: _____ Année: _____
 - ♦ opéré?: _____ Année: _____
 - ♦ malade?: _____ Année: _____
 - ♦ eu traumatisme, fracture?: _____ Année: _____
4. Prenez-vous actuellement des médicaments? Non Oui
Lesquels: _____
5. Prenez-vous des vitamines ou autres produits naturels? Non Oui, lesquels: _____
6. Avez-vous des: orthèses plantaires/talonnette?
 prothèses mammaires?
 prothèses articulaires?
 ceinture lombaire ou collet cervical?
7. Y a-t-il des sujets dont vous aimeriez discuter en toute confidentialité avec votre chiropraticienne? Oui Non
8. Nom de votre médecin: _____
9. Votre poids: _____ Votre grandeur: _____

Informations familiales

1. Est-ce que vos parents souffrent de problèmes vertébraux? _____
2. Combien d'enfants avez-vous? _____ Âge: _____
3. Dans votre famille, souffre-t-on de maladies dégénératives?
 - ♦ arthrose _____ ♦ arthrite _____ ♦ maladies cardiaques _____
 - ♦ diabète _____ ♦ cancer _____ ♦ hypercholestérolémie _____
 - ♦ ACV _____ ♦ artériosclérose _____ ♦ autres _____
4. Retrouvez-vous des cas familiaux de maladie génétique? (fibrose kystique, dystrophie musculaire...)
 Oui: _____ Non
5. Y a-t-il des anomalies congénitales dans votre famille (scoliose, spina bifida, malformations...)
 Oui: _____ Non

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de:

Oui Non

- Maux de tête (céphalées, migraines)
- Cholestérol / Haute pression / Basse pression
- Évanouissement / Perte de conscience
- Troubles cardiaques (infarctus, palpitations, angine, arythmie, souffles, troubles de valve, etc.)
- Trouble circulatoire (artère bloquée, anévrisme, oedème, enflure, ACV, phlébite, extrémités froides)
- Problèmes oculaires ou de vision
- Engourdissements
- Perte de force / Crampes musculaires
- Perte d'appétit / Perte de poids
- Problèmes du foie ou de la vésicule biliaire
- Troubles de rein
- Troubles pulmonaires (asthme, tuberculose)
- Troubles digestifs (ulcère, acidité, nausée, etc.)
- Troubles de prostate (lenteur à uriner)
- Troubles urinaires / Cystites à répétition
- Anémie / Hémophilie
- Troubles thyroïdiens
- Diabète / Hypoglycémie
- Boulimie / Anorexie
- Constipation / Diarrhée
- Dépression / Nervosité / Anxiété / Tremblements
- Hyperventilation
- Perte de mémoire / Perte de concentration
- Allergies / Rhume des foins
- Sinusites / Rhumes fréquents
- Maux d'oreilles / Otites / Acouphène
- Vertiges / Pertes d'équilibre/ étourdissements
- Arthrose / Arthrite (à l'enfance ou actuel)
- Sang dans les selles ou dans l'urine
- Maladies de la peau
- Fatigue chronique / Insomnie
- Épilepsie / Tics nerveux
- Transpiration excessive la nuit
- Cancer / Radiothérapie / Chimiothérapie
- Maladies vénériennes /Séropositif, SIDA

Déclaration pour tous

Notre équipe est heureuse de vous accueillir. Soyez assuré de notre complicité dans votre démarche vers la santé. Aujourd'hui, un examen physique sera effectué, ce qui permettra de cerner votre condition. Des radiographies pourront être prises sur place. Lors de votre prochaine visite, une explication des résultats d'examen vous permettra de prendre une décision éclairée concernant votre santé.

Par la présente, je déclare que toutes les informations fournies sur mon état de santé sont complètes et exactes et j'autorise l'examen physique et au besoin, la prise de films radiologiques sur moi sur mon enfant: _____). J'ai pris connaissance des honoraires professionnels et j'en assume la responsabilité. Le paiement est exigé après chaque visite.

Signature: _____ Date: _____

Le but de la Clinique chiropratique Synergie est de vous aider à retrouver votre santé et à la préserver. Bons soins chiropratiques!

Honoraires professionnels

	Adultes	Bébés, enfants, étudiants	65 ans et plus
Traitement:	45 \$	30 \$	40 \$
Examen:	60 \$	40 \$	50 \$
Réévaluation:	20 \$	20 \$	20 \$
Rendez-vous manqué:	15 \$	15 \$	15 \$

(à moins de 12 h d'avis)

Pour les personnes qui bénéficient d'un plan d'assurance, nous vous remettons un formulaire de déclaration de soins.