

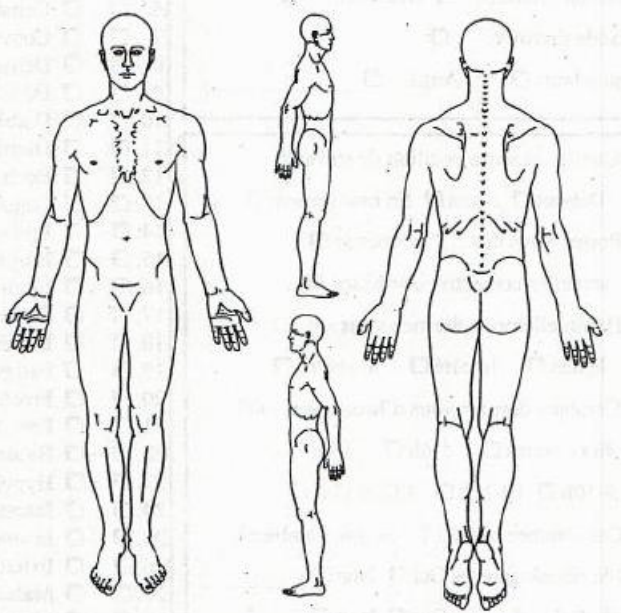
Questionnaire de santé

Bienvenue! Ce formulaire nous est d'une grande utilité. Nous vous invitons à prendre le temps de le compléter de votre mieux. Merci.

Prénom : _____	Naissance : Jr ___/mois ___/an ___	Sexe F <input type="checkbox"/> / M <input type="checkbox"/> / autres _____	
Nom : _____	Courriel : _____		
Adresse : _____	État civil : Cél. <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conj.de fait <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>		
Ville : _____	Occupation : _____		
Code Postal : _____	Employeur : _____		
Tél. (rés.) : _____	Nom du conjoint : _____		
Tél. (trav.) : _____	Son occupation : _____		
Cellulaire : _____	Noms et âges des enfants :		1. _____
			2. _____
			3. _____
			4. _____
Désirez-vous une confirmation de RDV?			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Par : courriel <input type="checkbox"/> Message texte <input type="checkbox"/>			
Cie cellulaire : _____			

- 1-La majorité des gens qui consultent ont été référés par un de nos chers clients. Qui doit-on remercier? _____
- 2-Raison de la consultation : Préoccupation de santé Prévention Suivi de grossesse Autres
- 3-À quand remonte votre dernier examen chiropratique? _____ Chiropraticien : _____
- 4-Avez-vous reçus des soins chiropratiques suite à cette visite? Les résultats étaient : satisfaisants moyens décevants

DESCRIPTION DES SYMPTÔMES RESSENTIS

<p>Identifiez sur les schémas les zones de préoccupation</p> 	<p>Décrivez, en ordre de priorité, les préoccupations de santé que vous souhaitez améliorer.</p> <p>1. _____</p> <p>Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> Depuis quand? _____</p> <p>2. _____</p> <p>Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> Depuis quand? _____</p> <p>3. _____</p> <p>Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> Depuis quand? _____</p> <p>4. _____</p> <p>Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> Depuis quand? _____</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Qui dans votre famille souffre(nt) des mêmes préoccupations de santé? Indiquez le numéro de la préoccupation.

Enfants _____ Conjoint(e) _____ Parents _____ Frères/sœurs _____ Autres _____

HISTOIRE DE LA PRÉOCCUPATION DE SANTÉ

1-Avez-vous déjà consulté pour un des motifs inscrits?	Non <input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
2-Comment évolue(nt) votre(vos) préoccupations de santé?	1- s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/> 2- s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/> 3- s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/> 4- s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/>
3-Identifiez la/les préoccupations qui sont déjà survenues :	1 <input type="checkbox"/> an _____ 2 <input type="checkbox"/> an _____ 3 <input type="checkbox"/> an _____ 4 <input type="checkbox"/> an _____
3-Cette(ces) préoccupation(s) détériore(nt) votre qualité de vie :	au travail <input type="checkbox"/> à la maison <input type="checkbox"/> loisirs <input type="checkbox"/> sommeil <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>
4-Votre préoccupation de santé principale(1) vous affecte :	100% du temps <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> moins de 25% <input type="checkbox"/>
5-Votre préoccupation de santé principale(1) est pire dans la/les positions :	debout <input type="checkbox"/> assise <input type="checkbox"/> couchée <input type="checkbox"/> autres _____
6-Prenez-vous des médicaments pour cette préoccupation? (1)	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> :
7-Prenez-vous des médicaments sur une base régulière?	non <input type="checkbox"/> anti-inflammatoires <input type="checkbox"/> relaxants musculaires <input type="checkbox"/> tension artérielle <input type="checkbox"/> antidépresseurs <input type="checkbox"/> glande thyroïde <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> anovulant <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

1-Âge de la mère :	Si décédée, cause :
2-Âge du père :	Si décédé, cause :
3-Quelqu'un dans votre famille souffre-t-il d'un ou plusieurs des troubles suivants :	Maladie cardiaque <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Autres :

HABITUDES DE VIE

1-Vous travaillez souvent :	debout <input type="checkbox"/> assis <input type="checkbox"/>
2-Portez vous des orthèses plantaires?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
3-Vous dormez (par nuit) :	8h+ <input type="checkbox"/> 6-8h <input type="checkbox"/> -de 6h <input type="checkbox"/>
4-Vous dormez surtout sur :	dos <input type="checkbox"/> côté <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/>
5-Vous faites de l'exercice(par semaine) :	4h+ <input type="checkbox"/> 2-4h <input type="checkbox"/> 1-2h <input type="checkbox"/> -de 1h <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>
6-Déterminez votre consommation :	Tabac : /jour ou sem. Alcool : /jour ou sem. (encerclez jour ou sem.) Café : /jour ou sem.

REVUE DES SYSTÈMES - identifiez les symptômes et troubles qui vous sont familiers.

<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Ecchymoses	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Tremblements	<input type="checkbox"/> Troubles rénaux
<input type="checkbox"/> Angoisse	<input type="checkbox"/> Engourdissements	<input type="checkbox"/> Insomnie	<input type="checkbox"/> Troubles des pieds	<input type="checkbox"/> Varices
<input type="checkbox"/> Arthrite	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Irritabilité	<input type="checkbox"/> Tr. cardiaques	<input type="checkbox"/> Saignements de nez
<input type="checkbox"/> Gaz	<input type="checkbox"/> Étourdissements	<input type="checkbox"/> Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/> Tr. circulatoires	<input type="checkbox"/> Sang dans les selles
<input type="checkbox"/> Basse pression	<input type="checkbox"/> Évanouissements	<input type="checkbox"/> Maux de dos	<input type="checkbox"/> Tr. respiratoires	<input type="checkbox"/> Sang dans l'urine
<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Extrémités froides	<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Tr. de la vue	<input type="checkbox"/> Sinusites
<input type="checkbox"/> Convulsions	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Méningite	<input type="checkbox"/> Tr. digestifs	<input type="checkbox"/> Uriner fréquemment
<input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> Enflure	<input type="checkbox"/> Tr. sexuels	<input type="checkbox"/> Uriner la nuit
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Frissons	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Tr. d'audition	<input type="checkbox"/> Prostate
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Haute pression	<input type="checkbox"/> Trouble de poids	<input type="checkbox"/> Tr. hormonaux	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Hypoglycémie	<input type="checkbox"/> Pierres rénales	<input type="checkbox"/> Tr. psychologiques	
Section féminine	<input type="checkbox"/> Abs. de menstruation	<input type="checkbox"/> Crampes au ventre	<input type="checkbox"/> Flux menstruel abondant	
<input type="checkbox"/> Pertes vaginales	<input type="checkbox"/> Symptômes de ménopause	Êtes-vous enceinte? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> peut-être <input type="checkbox"/>		

-Les soins chiropratiques, les examens et les radiographies sont payables selon l'entente convenue avec les responsables. Les radiographies ainsi que le dossier appartiennent à la clinique et y demeurent en tout temps.

-J'atteste de la véracité et de l'exactitude des informations inscrites ci-haut et consens à subir les examens nécessaires.

Signature : _____ Date : _____