

## DOSSIER D'OUVERTURE

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Sexe: F  M

Adresse: \_\_\_\_\_

Date de naissance: an \_\_\_\_ / ms \_\_\_\_ / jr \_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_

Marié(e)  Célib.  Veuf(ve)  Div.

Code postal: \_\_\_\_\_ Tél. (rés.): \_\_\_\_\_

Conjoint(e) de fait:

Tél.(cell): \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_

Avez-vous une assurance qui couvre les soins chiropratiques? Oui  Non  Je ne sais pas

Qui vous a recommandé à notre bureau? Ami  Parent  Pages jaunes  Enseigne  Publicité  Autre

courriel : \_\_\_\_\_ Son nom : \_\_\_\_\_

1. Quelle est la raison de votre consultation?  
Veuillez indiquer vos problèmes de santé par ordre d'importance. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Depuis combien de temps ressentez-vous votre problème de santé principal? \_\_\_\_\_

3. Comment est survenu ce problème?  
Graduellement  Subitement   
Suite à un trauma  Je ne sais pas   
(accident)

4. Votre problème est-il présent...?  
100% du temps  50% du temps   
75% du temps  25% du temps   
Moins de 25% du temps

Comment évolue votre problème? Il...  
s'améliore  s'aggrave   
ne change pas

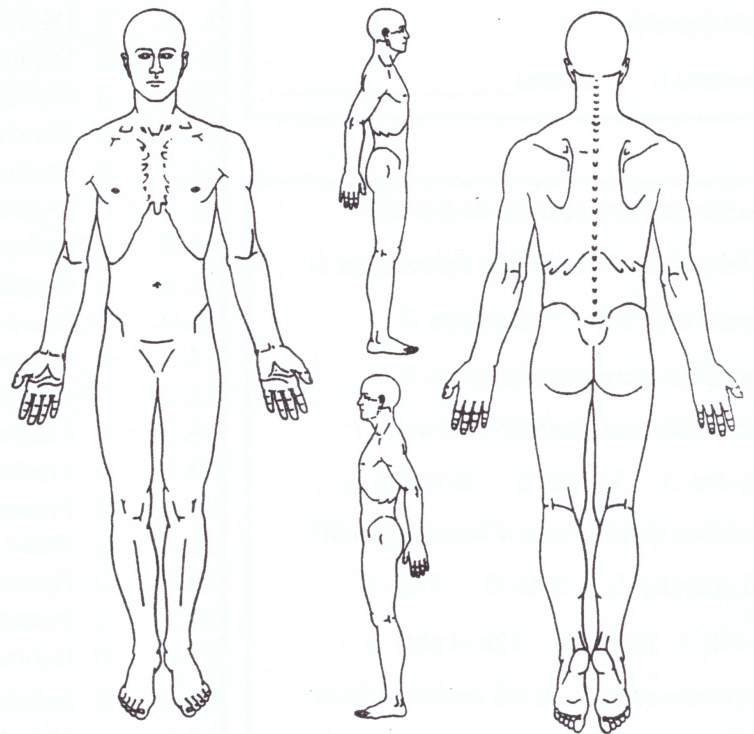
5. Votre problème est-il plus intense...?  
au lever  le jour  le soir  la nuit

6. Votre problème vous empêche-t-il de...?  
travailler  dormir  mener votre routine

7. Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème? Non   
Chiropraticien  Médecin  Autre

8. Avez-vous eu un problème semblable auparavant?  
Oui  Non  Quand \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer, sur le schéma les endroits exacts de vos douleurs.



Cochez la case qui correspond à la sévérité de votre douleur principale

Pas de douleur

Douleur extrême

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Date de votre dernier examen:

	Moins de 6 mois	6-18 mois	plus de 18 mois	Jamais
Chiropratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ANTÉCEDENTS FAMILIAUX:

- 1-Père: âge \_\_\_\_\_ Si décédé, cause \_\_\_\_\_ 4-Est-ce qu'un des membres de votre famille est atteint de: Troubles cardiaques  Cancer
- 2-Mère : âge \_\_\_\_\_ Si décédée, cause \_\_\_\_\_ Diabète  Arthrose/Arthrite  Autres
- 3-Avez-vous des frères et/ou sœurs? Oui  Non

## Prenez-vous des médicaments en ce moment?

Non  oui

Anti-inflammatoires  Anti-douleurs

Relaxants musculaires  Hormones

Médicaments non-prescrits  \_\_\_\_\_

Pression artérielle  Diabète

Glande thyroïde

Anovulants  Autres \_\_\_\_\_

## AVEZ-VOUS EU OU AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE:

Oui Non

Oui Non

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergies                   | 34. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pierres aux reins          |
| 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angoisse                    | 35. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tremblements               |
| 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthrite                    | 36. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles aux pieds         |
| 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ballonnement/gaz            | 37. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques        |
| 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Basse pression              | 38. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles neurologiques     |
| 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipation                | 39. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires     |
| 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsions                 | 40. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles respiratoires     |
| 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Démangeaisons               | 41. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles de vue            |
| 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dépression                  | 42. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles digestifs         |
| 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabète                    | 43. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles d'ordre sexuel    |
| 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrhée                   | 44. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles d'ouïe (oreilles) |
| 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ecchymoses (bleus faciles) | 45. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles hormonaux         |
| 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Engourdissements           | 46. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles psychologiques    |
| 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Épilepsie                  | 47. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles rénaux            |
| 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Éruptions cutanées         | 48. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Varices                    |
| 16. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Étourdissements/vertiges   | 49. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Saignements de nez         |
| 17. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Évanouissements            | 50. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sang dans les selles       |
| 18. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extrémités froides/moites  | 51. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sang dans l'urine          |
| 19. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatigue                    | 52. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sinusite                   |
| 20. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracture                   | 53. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uriner fréquemment         |
| 21. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frissons                   | 54. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uriner la nuit             |
| 22. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haute pression             | 55. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles de la prostate    |
| 23. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hypoglycémie               | 56. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer                     |
| 24. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire      |  |
| 25. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insomnie                   |  |
| 26. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Irritabilité               |  |
| 27. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maladies héréditaires      |  |
| 28. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maux de dos                |  |
| 29. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maux de tête               |  |
| 30. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Méningite                  |  |
| 31. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perte ou gain de poids     |  |
| 32. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Opération/chirurgie        |  |

### Section réservée aux femmes

55.   Absence de menstruation
56.   Crampes abdominales
57.   Flux menstruel abondant
58.   Menstruation douloureuse
59.   Pertes vaginales
60.   Symptômes de ménopause
61. Êtes-vous enceinte?  
Oui  Non  Peut-être

## A-Quelle est votre position de travail?

Debout  Assis  En mouvement

## B-Portez-vous des ...? talonnettes

semelles correctives/orthèses

## C-Habituellement, dormez-vous sur...?

le dos  le côté  le ventre

## D-Combien dormez-vous d'heures par nuit?

4h et moins  5-6h  7-8h

9-10h  10-11h  12h et plus

## E-Consommez-vous...? Si oui, combien par jour?

1-du tabac/cigarettes Oui  Non  \_\_\_\_\_

2-de l'alcool Oui  Non  \_\_\_\_\_

3-du café-thé Oui  Non  \_\_\_\_\_

4-des vitamines et suppléments alimentaires

Oui  Non  lesquels \_\_\_\_\_

## F-Faites-vous de l'exercice? Oui Non

## PAIEMENTS

Les radiographies, les examens et les soins chiropratiques sont payables à chaque visite, à moins que d'autres arrangements aient été faits au préalable. **Les radiographies demeurent la propriété de la clinique. Veuillez noter que l'annulation d'un rendez-vous doit être faite 24h à l'avance sinon des frais de 10\$ seront facturés après un avertissement.**

## DÉCLARATION POUR TOUS

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et je consens à subir les examens nécessaires.

SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_