

## 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.(travail): \_\_\_\_\_

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

5. Comment évolue votre problème? Il...

s'améliore  s'aggrave

ne change pas

6. Votre problème est-il plus intense...?

au lever , le jour , le soir , la nuit

7. Votre problème vous empêche-t-il de...?

travailler , dormir , mener votre routine

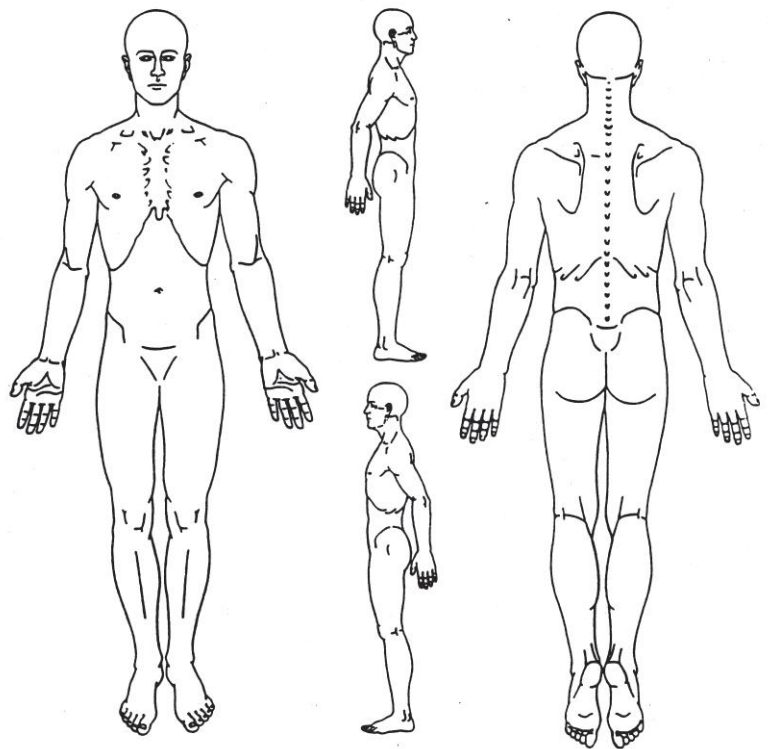
8. Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème? Non

Chiropraticien  Médecin  Autre

9. 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  
2-Mère: âge \_\_\_\_\_ Si décédée, cause \_\_\_\_\_ est atteint de: Troubles cardiaques  Cancer   
3-Avez-vous des frères et/ou sœurs? Oui  Non  Diabète  Arthrose/Arthrite  Autres ?

### 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  Autre  \_\_\_\_\_

### 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?

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

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

(Veuillez cocher la case appropriée)

Oui Non

1.   Allergies
2.   Angoisse
3.   Arthrite
4.   Ballonnement/gaz
5.   Basse pression
6.   Constipation
7.   Convulsions
8.   Démangeaisons
9.   Dépression
10.   Diabète
11.   Diarrhée
12.   Ecchymoses (bleus faciles)
13.   Engourdissements
14.   Épilepsie
15.   Éruptions cutanées(rougeurs)
16.   Étourdissements/vertiges
17.   Évanouissements
18.   Extrémités froides/moites
19.   Fatigue
20.   Fracture
21.   Frissons
22.   Haute pression
23.   Hypoglycémie
24.   Incontinence urinaire
25.   Insomnie
26.   Irritabilité
27.   Maladies héréditaires
28.   Maux de dos
29.   Maux de tête
30.   Méningite
31.   Oedème (enflure)
32.   Opération/chirurgie
33.   Perte ou gain de poids

Oui Non

34.   Pierres aux reins
35.   Tremblements
36.   Troubles aux pieds
37.   Troubles cardiaques
38.   Troubles circulatoires
39.   Troubles respiratoires
40.   Troubles de vue
41.   Troubles digestifs
42.   Troubles d'ordre sexuel
43.   Troubles d'ouïe (oreilles)
44.   Troubles hormonaux
45.   Troubles psychologiques
46.   Troubles rénaux
47.   Varices
48.   Saignements de nez
49.   Sang dans les selles
50.   Sang dans l'urine
51.   Sinusite
52.   Uriner fréquemment
53.   Uriner la nuit
54.   Troubles de la prostate
55.   Cancer

### Section réservée aux femmes

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

### 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.**

### 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: \_\_\_\_\_