

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

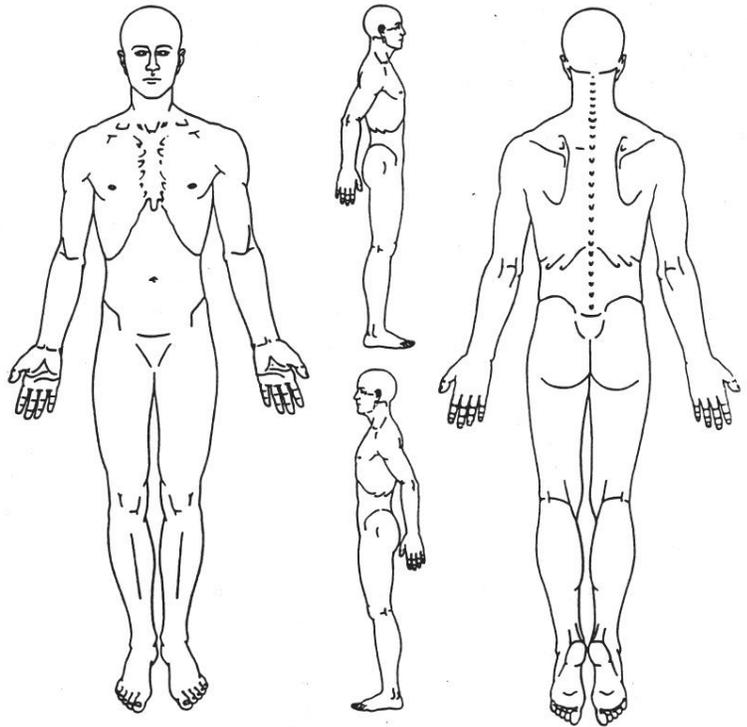
6. Votre problème est-il plus intense...?
au lever le jour le soir la nuit

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

(Veuillez cocher la case appropriée)

- | 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 circulatoires |
| 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Constipation | 39. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Troubles respiratoires |
| 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Convulsions | 40. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Troubles de vue |
| 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Démangeaisons | 41. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Troubles digestifs |
| 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Dépression | 42. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Troubles d'ordre sexuel |
| 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Diabète | 43. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Troubles d'ouïe (oreilles) |
| 11. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Diarrhée | 44. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Troubles hormonaux |
| 12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Ecchymoses (bleus faciles) | 45. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Troubles psychologiques |
| 13. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Engourdissements | 46. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Troubles rénaux |
| 14. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Épilepsie | 47. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Varices |
| 15. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Éruptions cutanées(rougeurs) | 48. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Saignements de nez |
| 16. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Étourdissements/vertiges | 49. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sang dans les selles |
| 17. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Évanouissements | 50. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sang dans l'urine |
| 18. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Extrémités froides/moites | 51. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sinusite |
| 19. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Fatigue | 52. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Uriner fréquemment |
| 20. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Fracture | 53. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Uriner la nuit |
| 21. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Frissons | 54. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Troubles de la prostate |
| 22. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Haute pression | 55. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Cancer |
| 23. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hypoglycémie | | |
| 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"/> | Oedème (enflure) | | |
| 32. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Opération/chirurgie | | |
| 33. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Perte ou gain de poids | | |

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

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 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: _____