

## QUESTIONNAIRE SANTÉ (GROSSESSE) | CONFIDENTIEL

Date : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Numéro dossier : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Occupation – Employeur : \_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

☎ maison : \_\_\_\_\_ ☎ travail : \_\_\_\_\_ ☎ cellulaire : \_\_\_\_\_

✉ courriel : \_\_\_\_\_

Avez-vous des assurances qui couvrent les soins chiropratiques? oui  non  (pour la préparation des formulaires)

Notre clinique vous est connue par :  pages jaunes  internet  notre site internet  enseigne  publicité  autre \_\_\_\_\_  
 référée par un professionnel de la santé \_\_\_\_\_  référée par un patient de notre clinique \_\_\_\_\_

### LES RAISONS POUR LESQUELLES VOUS NOUS CONSULTEZ

Raison(s) de votre consultation: \_\_\_\_\_

**Si vous êtes ici pour des soins préventifs et que vous n'avez aucun symptôme, passez à la page suivante).**

**A)** Depuis quand le problème est-il présent : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu un problème semblable auparavant ?  oui  non

Vos symptômes sont survenus :  graduellement  subitement  suite à un traumatisme

chute  autre \_\_\_\_\_

Décrivez vos symptômes :  élancement  brûlure  raideur  point  coup de couteau

choc électrique  pression  autre \_\_\_\_\_

Vos symptômes sont présents :  25% du temps  50% du temps  75% du temps

100% du temps  par intermittence

Vos symptômes sont présents le :  matin  jour  soir  nuit

Comment évolue votre problème avec le temps ?  s'améliore  s'intensifie  ne change pas

Cochez la case qui correspond à l'intensité de votre douleur

Pas de douleur

Douleur extrême

↓

↓

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qu'est-ce qui augmente vos symptômes ? \_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui les soulage ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé pour ce problème ?  oui  non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Avez-vous reçu un diagnostic pour votre problématique?  oui  non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Espace réservé au chiropraticien

## Historique de grossesse

- 1) Nombre de semaines de grossesse : \_\_\_\_\_ 2) gain de poids : \_\_\_\_\_
- 2) Date d'accouchement prévue : \_\_\_\_\_
- 3) Est-ce une première grossesse?  oui  non nb grossesses? \_\_\_\_\_ nb d'enfants : \_\_\_\_\_
- 4) Est-ce une grossesse planifiée?  oui  non
- 5) Conception?  naturelle  FIV  hormonothérapie
- 6) Voulez-vous allaiter?  oui  non
- 7) Suivi avec:  MD  sage-femme  accompagnante nom: \_\_\_\_\_
- 8) Lieu prévu accouchement:  Hôpital  maison  maison de naissance
- 9) Avez-vous eu des:  échographies  prénatalest  amniocentèse
- 10) Souffrez-vous de nausées?  oui  non
- 11) Avez-vous du plaisir à être enceinte?  oui  non
- 12) Avez-vous le support de votre entourage?  oui  non
- 13) Vivez-vous des situations stressantes présentement?  oui  non
- 14) Planifiez-vous de suivre des cours prénataux?  oui  non
- 15) Avez-vous déjà eu:  fausse-couche  césarienne  interruption de grossesse  grossesse ectopique
- 16) Contraception antérieure: \_\_\_\_\_ Combien d'année? \_\_\_\_\_
- 17) Si vous avez vécu d'autres grossesses, avez-vous ressentie des malaises au cours de celles-ci?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 18) Comment se sont déroulés vos autres accouchements?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Espace réservé au chiropraticien

## Bilan de santé

Avez-vous déjà souffert, ou souffrez-vous présentement des problèmes suivants?

### Système respiratoire

- Asthme
- Bronchite
- Pneumonie
- Sinusite
- Tuberculose

### Allergies/Intolérances

- Respiratoire
- Alimentaire
- Médicaments

### Système digestif

- Anorexie/boulémie
- Ballonnement/gaz
- Constipation
- Diarrhée
- Colon irritable
- Hépatite
- Mucus dans les selles
- Pierres au foie
- Sang dans les selles
- Ulcères

### Système musculo-squelettique

- Arthrite inflammatoire
- Arthrose
- Entorse
- Fracture

### Peau

- Eczéma
- Dermate
- Psoriasis
- Urticaire

### Système nerveux

- Angoisse/anxiété
- Alzheimer
- Convulsion
- Dépression
- Épilepsie
- Étourdissement
- Insomnie
- Perte d'équilibre
- Méningite
- Tremblements
- Vertiges

### Système cardio-vasculaire

- Angine
- Arythmie
- A.V.C.
- Basse pression
- Chevilles enflées
- Cholestérol élevé
- Extrémités froides
- Hypertension
- I.C.T. (ischémie transitoire)
- Mauvaise circulation
- Palpitation
- Trombose/phlébite
- Varices

### Système endocrinien

- Hyperthyroïdie
- Hypothyroïdie
- Diabète
- Diabète gestationnel

### Système uro-génital

- Incontinence à l'effort
- Incontinence urinaire-fécale
- Infection urinaire
- Infection génitale
- Oedème
- Pierres aux reins
- Douleur en urinant
- Urines fréquentes

### Section féminine

- Cycles irréguliers
- Douleurs menstruelles
- Flux menstruel abondant
- Pertes vaginales
- Candidose

### Autres

- Anémie
- Cancer
- Maux de tête
- Hypoglycémie
- Autre: \_\_\_\_\_

Réservé au chiropraticien

## STRESS CHIMIQUES

1) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits par un médecin ?  oui  non

si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Date de la dernière visite chez votre médecin : \_\_\_\_\_

Dans le passé, avez-vous consommé d'autres médicaments pendant plus de 1 mois ?  oui  non

Lesquels : \_\_\_\_\_

2) Prenez-vous des produits naturels (vitamine prénatale, acide folique, autres) ?  oui  non

Lesquels : \_\_\_\_\_

3) Êtes-vous fumeuse ?  oui  non combien par jour \_\_\_\_\_

4) Votre alimentation est :  excellente  bonne  à améliorer

Avez-vous des intolérances ou allergies alimentaires ou vous devez éviter certains aliments ?  oui  non

Lesquels \_\_\_\_\_

Buvez-vous des boissons gazeuses ?  oui  non combien par jour \_\_\_\_\_

Buvez-vous du café ?  oui  non combien par jour \_\_\_\_\_

Buvez-vous de l'eau ?  oui  non nombre de litres par jour \_\_\_\_\_

5) Avez-vous déjà eu ou avez-vous un problème de consommation de drogue ou d'alcool ?  oui  non

6) Avez-vous déjà travaillé avec des produits chimiques sur une longue période ?  oui  non

Réservé au chiropraticien

## TRAITEMENTS ANTÉRIEURS

1) Avez-vous été hospitalisée ?  oui  non raison : \_\_\_\_\_

2) Avez-vous subi des chirurgies ?  oui  non raison : \_\_\_\_\_

3) Avez-vous déjà eu des radiographies ?  oui  non si oui, dates approx. \_\_\_\_\_  
raisons et parties du corps : \_\_\_\_\_

4) Avez-vous eu :  chiropratique, nom du Dr \_\_\_\_\_  injections vertébrales  physiothérapie  ostéopathie  
 massothérapie  acupuncture  orthèses plantaires  chimio-radiothérapie

Merci d'avoir choisi notre centre chiropratique. Il nous fait plaisir d'avoir l'occasion de vous accompagner lors de votre grossesse et de vous aider à maintenir une colonne vertébrale et un système nerveux en santé. Soyez assurée que nous ferons notre possible pour vous aider durant votre cheminement vers une santé et un bien-être optimal.

*La chiropratique est un style de vie et une affaire de famille !!!*

### DÉCLARATION

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et j'autorise le chiropraticien à m'examiner. Tel que stipulé à l'article 3.07.01 du Code de déontologie des chiropraticiens, les dossiers sont la propriété du chiropraticien. Des photocopies peuvent être disponibles sur demande moyennant des frais. Si vos soins chiropratiques sont couverts par des assurances, il est illégal de les transférer à un autre membre de votre famille ou de falsifier les dates.

Signature de la patiente : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_