



DOSSIER D'OUVERTURE

Nom: _____

Sexe: F M

Adresse: _____

Date de naissance: _____

Ville: _____

Marié(e) Célibat Veuf (ve) Div.

C. postal: _____ Tél. (résidence): _____

Occupation: _____

Tél. (cellulaire): _____

Courriel : _____

Qui vous a recommandé notre clinique? Ami Parent Facebook Enseigne Publicité Autre

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

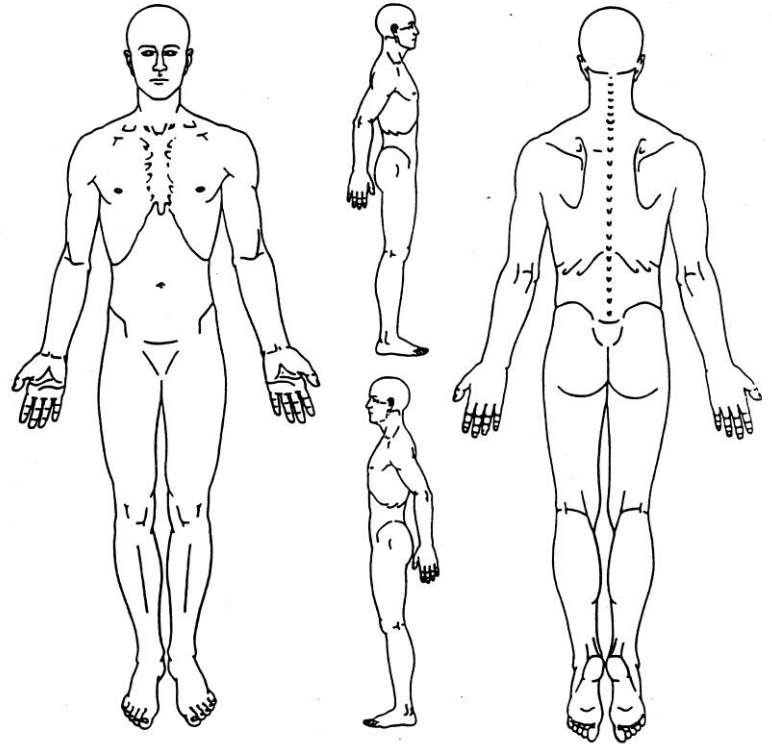
6. Votre problème est-il plus intense...?
au lever , le jour , le soir , la nuit

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

Veuillez indiquer, sur le schéma les endroits exacts de vos douleurs (+++), de vos cicatrices (***) et de vos fractures(XXX).



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

Pas de douleur					Douleur extrême					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>



DOSSIER D'OUVERTURE

HISTOIRE FAMILIALE:

1-Père: âge _____ Si décédé, cause _____
 2-Mère: âge _____ Si décédée, cause _____
 3-Avez-vous des frères et/ou sœurs? Oui Non

4- Avez-vous des enfants? Oui Non

5-Est-ce qu'un des membres de votre famille
est atteint de: Troubles cardiaques Cancer

Prenez-vous des médicaments en ce moment?

Non si oui complétez la section suivante

Anti-dépresseur _____
 Anti-inflammatoire _____
 Anti-coagulants _____
 Hormones _____
 Pour le cholestérol _____
 Diabète _____
 Pour la pression artérielle _____
 Pour la glande thyroïde _____
 Anovulants _____
 Autre _____

AVEZ-VOUS EU (o) OU AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE: (o)
(Veuillez cocher le symbole approprié)

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Allergies | 31. <input type="checkbox"/> Oedème (enflure) |
| 2. <input type="checkbox"/> Angoisse | 32. <input type="checkbox"/> Opération/chirurgie |
| 3. <input type="checkbox"/> Arthrite | 33. <input type="checkbox"/> Perte ou gain de poids |
| 4. <input type="checkbox"/> Ballonnement/gaz | 34. <input type="checkbox"/> Pierres aux reins |
| 5. <input type="checkbox"/> Basse pression | 35. <input type="checkbox"/> Tremblements |
| 6. <input type="checkbox"/> Constipation | 36. <input type="checkbox"/> Troubles aux pieds |
| 7. <input type="checkbox"/> Convulsions | 37. <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques |
| 8. <input type="checkbox"/> Démangeaisons | 38. <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires |
| 9. <input type="checkbox"/> Dépression | 39. <input type="checkbox"/> Troubles respiratoires |
| 10. <input type="checkbox"/> Diabète | 40. <input type="checkbox"/> Troubles de vue |
| 11. <input type="checkbox"/> Diarrhée | 41. <input type="checkbox"/> Troubles digestifs |
| 12. <input type="checkbox"/> Ecchymoses (bleus faciles) | 42. <input type="checkbox"/> Troubles d'ordre sexuel (MTS) |
| 13. <input type="checkbox"/> Engourdissements | 43. <input type="checkbox"/> Troubles d'ouïe (oreilles) |
| 14. <input type="checkbox"/> Épilepsie | 44. <input type="checkbox"/> Troubles hormonaux |
| 15. <input type="checkbox"/> Éruptions cutanées (rougeurs) | 45. <input type="checkbox"/> Troubles psychologiques |
| 16. <input type="checkbox"/> Étourdissements/vertiges | 46. <input type="checkbox"/> Troubles rénaux |
| 17. <input type="checkbox"/> Évanouissements | 47. <input type="checkbox"/> Varices |
| 18. <input type="checkbox"/> Extrémités froides/moites | 48. <input type="checkbox"/> Saignements de nez |
| 19. <input type="checkbox"/> Fatigue | 49. <input type="checkbox"/> Sang dans les selles |
| 20. <input type="checkbox"/> Fracture | 50. <input type="checkbox"/> Sang dans l'urine |
| 21. <input type="checkbox"/> Frissons | 51. <input type="checkbox"/> Sinusite |
| 22. <input type="checkbox"/> Haute pression | 52. <input type="checkbox"/> Uriner fréquemment |
| 23. <input type="checkbox"/> Hypoglycémie | 53. <input type="checkbox"/> Uriner la nuit |
| 24. <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire | 54. <input type="checkbox"/> Troubles de la prostate |
| 25. <input type="checkbox"/> Insomnie | |
| 26. <input type="checkbox"/> Irritabilité | |
| 27. <input type="checkbox"/> Maladies héréditaires | |
| 28. <input type="checkbox"/> Maux de dos | |
| 29. <input type="checkbox"/> Maux de tête | |
| 30. <input type="checkbox"/> Méningite | |

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 Non Oui _____

2-de l'alcool Non Oui _____

3-du café-thé Non Oui _____

4-des vitamines et suppléments alimentaires

Non Oui lesquels _____

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

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



DOSSIER D'OUVERTURE

Avez-vous eu des:		Lesquels ?
Vaccins :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	_____
Hospitalisations :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	_____
Accidents :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	_____
Procédures dentaires :	Prothèse <input type="checkbox"/> Implants <input type="checkbox"/> Orthodontie <input type="checkbox"/> Autres :	_____

Si votre condition le nécessite, seriez-vous prêt à :

- Faire un/des exercice(s)? Oui Non
- Suivre un/des conseil(s) sur les habitudes de vie? Oui Non
- Prendre un supplément? Oui Non