



**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

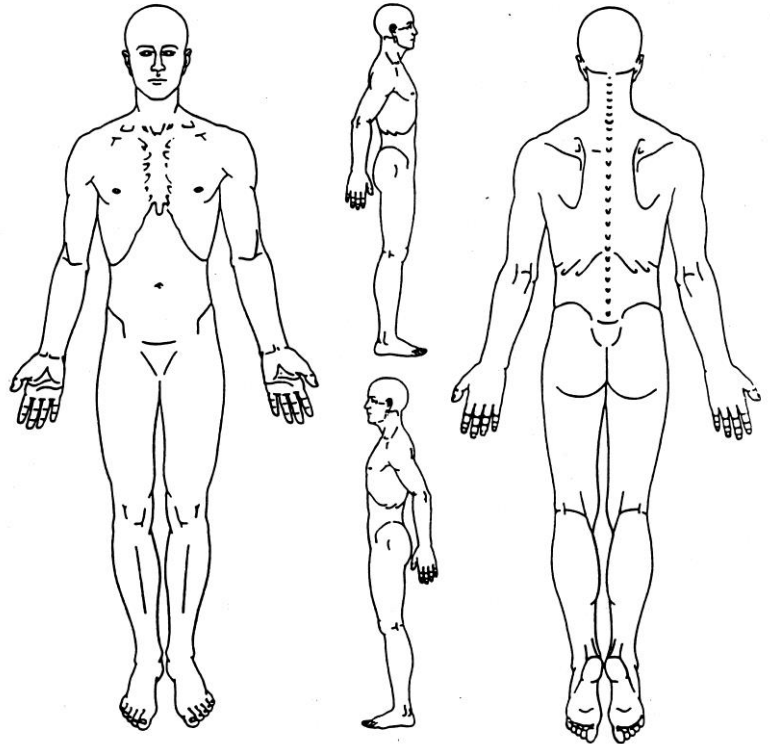
6. Votre problème est-il plus intense...?  
au lever , le jour , le soir , la nuit

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"/>	<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 (○) OU AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE: (□)**  
(Veuillez cocher le symbole approprié)

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. ○  Échymoses (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
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 (MTS)
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

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  Oui  \_\_\_\_\_

Hospitalisations : Non  Oui  \_\_\_\_\_

Accidents : Non  Oui  \_\_\_\_\_

Procédures dentaires : Prothèse  Implants  Orthodontie  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

J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer les examens qu'il jugera nécessaires à l'ouverture de mon dossier. Il est possible que certains patients ressentent des courbatures ou une légère aggravation des symptômes suite à l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée, mais il est important de les mentionner au chiropraticien à votre prochaine visite.

Signature du patient ou de la personne responsable : \_\_\_\_\_

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