

## Fichier personnel

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj / mm / aaaa) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ ans Sexe : F M

Occupation : \_\_\_\_\_ Depuis combien de temps : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Apt. : \_\_\_\_\_

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

Courriel : \_\_\_\_\_

Tél. rés. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tél. trav. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

Tél. cell. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tél. autre : \_\_\_\_\_

Comment avez-vous connu la clinique Option Santé Chiropratique St-Luc?

Référence (parent/ami) Nom : \_\_\_\_\_

Un autre professionnel de la santé : \_\_\_\_\_

Pages Jaunes     Journal     Publicité postale     Affiche extérieure de la clinique

## Motif de consultation

### 1. Pourquoi consultez-vous ?

- Prévention / Optimisation de votre santé
- Problème précis : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

2. Depuis combien de temps ? : \_\_\_\_\_

3. Y a-t-il eu un événement ayant déclenché le problème ? : \_\_\_\_\_

4. Depuis le début du problème, la douleur a-t-elle :

Augmentée     Diminuée     Restée stable

5. À combien estimez-vous votre douleur ?

(Nulle) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Extrême)

6. Comment caractérisez-vous votre douleur ?  Tension

Brûlure     Coup de couteau     Aiguilles     Blocage

Engourdissement     Fourmillement     Choc Électrique

7. Les symptômes sont-ils constants ?  Oui     Non, ils sont présent \_\_\_\_\_ jours par semaine

8. Les symptômes sont-ils pires au :  Matin     Jour     Soir     Nuit     Ne varient pas ainsi

9. Ma douleur est soulagée par :  Froid     Chaud     Repos     Étirement     Massage

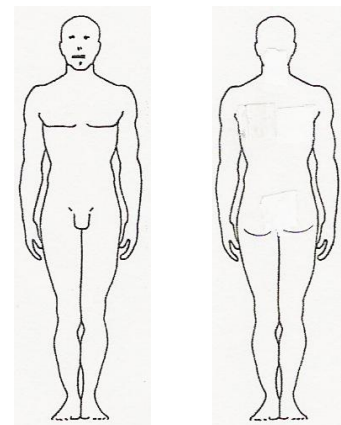
Médicaments, précisez : \_\_\_\_\_  Je ne sais pas     Autre : \_\_\_\_\_

10. Avez-vous déjà consulté pour ce problème?  Oui     Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

11. Est-ce le premier épisode de ce type ?  Oui     Non, c'est la \_\_\_\_\_ fois

Sur ce diagramme du corps humain, encerclez ou marquez d'un X la ou les régions où vous ressentez une douleur ou un malaise.



## Historique de santé

### Médical

1. **Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :**  ACV  Arthrite  Cancer  Diabète  
 Hypercholestérolémie  Hypertension  Maladie cardiaque  Trouble du collagène  
 Autre : \_\_\_\_\_

2. **Prenez-vous des médicaments ?** \_\_\_\_\_

**Des produits naturels/vitamines ?** \_\_\_\_\_

3. **Avez-vous déjà été hospitalisé?** \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

**subit une/des opérations ?** \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

**subit un/des accidents graves ?** \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

### Familial

1. **Un/des membres de votre famille souffrent-ils ou ont déjà souffert de :**  ACV  Arthrite  
 Cancer  Diabète  Hypercholestérolémie  Hypertension  Maladie cardiaque  
 Trouble du collagène  Maladie vasculaire  Autre : \_\_\_\_\_

2. **Y a-t-il des cas de maladie familiale/génétique dans votre famille ?**

Dystrophie musculaire  Fibrose Kystique  Scoliose  Spina bifida  Marfan

Autre : \_\_\_\_\_

### Habitude de vie

1. **Combien de temps accordez-vous à l'exercice physique par semaine ?** \_\_\_\_\_ heures  
Activités : \_\_\_\_\_

2. **Êtes-vous fumeur (euse) ?**  Non  Oui, depuis \_\_\_\_\_ ans, 1 paquet par \_\_\_\_\_

3. **Dans quelle position dormez-vous ?**  Dos  Côté  Ventre  Toutes les positions

### Section Féminine

1. **Êtes-vous présentement enceinte?**  Oui  Non  Ne sait pas

2. **Utilisez-vous une méthode contraceptive ?**  Non  Oui, \_\_\_\_\_

3. **Êtes-vous ménopausée?**  Oui  Non

4. **Souffrez-vous de :**  Menstruations douloureuses  Sécrétions vaginales anormales  
 Masse sur les seins  Autre : \_\_\_\_\_

### Radiographies

1. **Avez-vous déjà eu des radiographies ?**  Non  Oui, il y a \_\_\_\_\_ mois/ \_\_\_\_\_ an(s)  
**Il s'agissait de radiographies de :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Avez-vous souffert ou souffrez-vous de (cochez) :**

**Général**

- Crachat de sang
- Dépression
- Étourdissement
- Perte d'équilibre
- Fièvre
- Perte de poids
- Transpiration
- Tremblement
- Maux de tête
- Insomnie
- Épilepsie
- Allergie
- Fatigue

**Cardio-vasculaire**

- Point au cœur
- Palpitations
- Mauvaise circulation
- Chevilles enflées

**Respiratoire**

- Douleur respiration
- Respiration difficile
- Asthme
- Toux

**Gastro-intestinal**

- Faim excessive
- Soif excessive
- Constipation

- Douleur d'estomac
- Hémorroïdes
- Nausée/vomissement
- Diarrhée
- Sang dans les selles

**Génito-urinaire**

- Uriner fréquemment
- Douleur à uriner
- Incontinence
- Rétention
- Trouble de la prostate
- Pierres aux reins

**ORL**

- Otite

- Sinusite
- Maux de gorge

**Musculo-squelettique**

- Arthrite
- Douleurs articulaires
- Douleurs musculaires
- Articulations enflées

**Peau**

- Démangeaison
- Psoriasis
- Zona
- Peau sèche
- Urticaire

Je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets au mieux de ma connaissance. J'autorise le chiropraticien traitant à effectuer un examen, comprenant des radiographies si le besoin en est, et à me dispenser les soins nécessaires. J'assume également les frais encourus.

Signature : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date

Parent: \_\_\_\_\_  
(Si moins de 16 ans)