

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 : _____

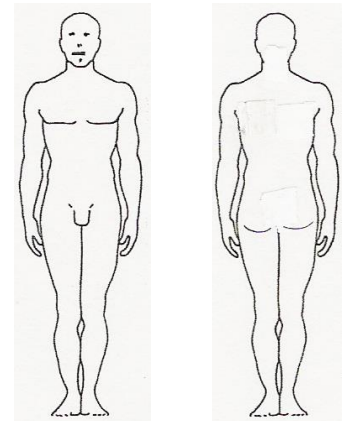
Pages Jaunes Journal Publicité postale Affiche extérieure de la clinique

Motif de consultation

1. Pourquoi consultez-vous ?

- Prévention / Optimisation de votre santé
- Problème précis : _____
- _____
- _____

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



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

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 à la 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)