



INFORMATIONS PERSONNELLES ET CONFIDENTIELLES

Prénom: _____ Sexe: M F Âge: _____
 Nom de famille: _____ Date de naissance: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____ CP: _____
 Tél. maison: _____
 Tél. travail: _____
 Cell: _____
 Courriel: _____
 Nom du conjoint(e): _____

Marié(e) Veuf(ve) Célibataire Mineur(e)
 Séparé(e) Divorcé(e) Conjoint(e) de fait

Occupation: _____
 Employeur / École: _____

Comment avez-vous entendu parler de nous?
 (parent, ami, page jaune, internet, enseigne, pub.) _____

ENFANTS ET GROSSESSE

Combien d'enfants avez-vous? _____
 Âge de(s) enfant(s): _____
 Problème de santé de(s) enfant(s) : _____

SECTION FÉMININE

Êtes-vous présentement enceinte? Oui Non
 Nombre de grossesse dans le passé: _____
 Problèmes ou complications durant ces grossesses? _____

COMMENT POUVONS-NOUS VOUS AIDER?

1. Qu'est ce qui vous amène à nous consulter aujourd'hui? _____

2. Si vous expérimentez déjà des symptômes, quels sont-ils? _____

3. Quelle est l'intensité de votre problème actuel? ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

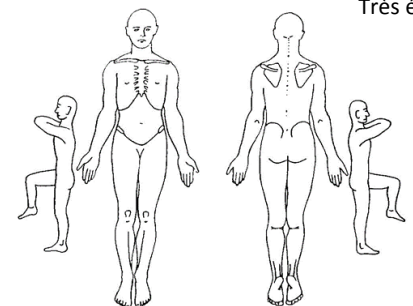
Faible

Très élevée

4. Si applicable, indiquez les zones où votre corps exprime des signaux d'alarmes: →

5. Que ressentez-vous?

- | | | |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Raideur | <input type="checkbox"/> Brûlure |
| <input type="checkbox"/> Engourdissement | <input type="checkbox"/> Faiblesse | <input type="checkbox"/> Crampe |
| <input type="checkbox"/> Fourmillements | <input type="checkbox"/> Irradiation | <input type="checkbox"/> Point |
| <input type="checkbox"/> Pincement | <input type="checkbox"/> Piqûre | <input type="checkbox"/> Enflure |



PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

1. Avez-vous déjà reçu des soins chiropratiques? Oui Non Nom du chiropraticien: _____

Date de la dernière visite, temps de soins, raison de l'arrêt des soins: _____

2. Avez-vous déjà consulté ou consultez-vous régulièrement l'un de ces professionnels de la santé?

Médecin Massothérapeute Nutritionniste Psychologue Dentiste Autres: _____

Raisons: _____

HISTORIQUE DE SANTÉ & DE MALADIE

Cochez si vous avez présentement (ou avez eu dans le passé) un des problèmes suivants:

Général:

- Alcoolisme
- Cancer: _____
- Chaleurs
- Fatigue
- Fièvre
- Maladie héréditaire
- Maux de tête / Migraine
- Perte ou gain de poids
- Transpiration excessive
- Sueurs nocturnes

Musculo-squelettique:

- Arthrite
- Arthrose
- Difficulté à marcher
- Douleur au cou
- Douleur entre les omoplates
- Douleur au bas du dos
- Douleur aux épaules
- Douleur aux bras / mains
- Douleur aux hanches
- Douleur aux jambes / pieds
- Raideurs aux articulations
- Enflure des jointures
- Goutte
- Ostéoporose
- Fracture
- Scoliose

Respiratoire:

- Allergies
- Asthme
- Bronchite / pneumonie
- Troubles respiratoires

ORL:

- Acouphène
- Difficulté à avaler
- Maux de gorge
- Otite
- Sinusite
- Saignements de nez
- Troubles d'audition
- Troubles de la vue

Gastro-intestinal:

- Ballonnement / gaz
- Crampes abdominales
- Constipation
- Diarrhée
- Brûlements d'estomac
- Hémorroïdes
- Hépatite
- Nausée / vomissements
- Troubles digestifs
- Sang dans les selles

Cardio-vasculaire / sanguin:

- Troubles circulatoires
- Extrémités froides / moites
- Hypertension artérielle
- Basse pression
- Ecchymoses (bleus faciles)
- Œdème (enflure)
- Troubles cardiaques
- Athérosclérose
- AVC
- Diabète
- Hypoglycémie
- Anémie

Neurologique / psychologique:

- Anxiété / angoisse
- Dépression
- Convulsion
- Épilepsie
- Étourdissement / vertige
- Engourdissement
- Évanouissement
- Frisson
- Tremblement
- Faiblesse
- Stress
- Insomnie
- Irritabilité
- Méningite
- Troubles psychologiques
- Mémoire infidèle

Génito-urinaire:

- Infection urinaire
- Sang dans l'urine
- Pierre(s) au rein
- Troubles rénaux
- Uriner fréquemment
- Uriner la nuit
- Trouble de la prostate
- Problèmes érectiles
- Menstruation douloureuse
- Menstruation absente / abondante
- Symptômes de ménopause
- Troubles sexuels
- Opérations / chirurgies (quoi & quand)

ALLERGIES, MÉDICATION & SUPPLÉMENTATION

Allergies (liste)

Médication (liste)

Raison de la prise de ce médicament:

/ _____
/ _____
/ _____
/ _____

Suppléments (liste):

N.B. Il est primordial de bien remplir la section Allergies, Médication & Supplémentation, car cela peut influencer vos soins.

QUELS SONT LES IMPACTS SUR VOTRE VIE QUOTIDIENNE?

1. Quels sont les impacts de votre historique de santé et de votre problème sur votre vie? (cochez les cases appropriées)

	Pas d'impact	Impact léger	Impact modéré	Impact sévère		Pas d'impact	Impact léger	Impact modéré	Impact sévère
Travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Attitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Productivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Créativité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. À quel point êtes-vous déterminé à régler votre problème?

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

Faiblement déterminé

Hautement déterminé

SANTÉ, BIEN-ÊTRE ET SOINS CHIROPRATIQUES

Le **CORPS** humain est **INTELLIGENT**. Il a la capacité de s'auto-réguler et de s'adapter à son environnement.

Il existe un système **malléable, délicat et essentiel** qui contrôle et coordonne chaque fonction du corps; il s'agit du **SYSTÈME NERVEUX**. Il est protégé par la colonne vertébrale (rachis) et le crâne.

Il peut y avoir une interférence à cette capacité d'auto-régulation du corps: un désalignement vertébral, une blessure au rachis ou au système nerveux peuvent créer une interférence nerveuse, et c'est ce que l'on appelle la **SUBLUXATION VERTÉBRALE**. Le résultat d'une subluxation vertébrale est une **mauvaise fonction / mauvaise transmission** de l'information par les nerfs (information nerveuse).

Les subluxations vertébrales peuvent avoir des **causes** et des **conséquences PHYSIQUE, ÉMOTIONNELLE et CHIMIQUE**.

HABITUDES DE VIE

Avez-vous déjà eu des :

Accidents : Voiture Moto Bicyclette Sports

Blessures : Tête/cou Dos Hanche Jambe Bras

Pieds Mains Cage thoracique Clavicule Autre

Quand? _____

Quel genre d'exercice physique pratiquez-vous?

_____ Fréquence: _____

Portez-vous des semelles correctrices? Oui Non

En moyenne, combien d'heures dormez-vous par nuit?

_____ Position (dos, ventre, côté) _____

Position de travail (debout, assis, en mouvement)

Avez-vous déjà été exposé de façon régulière à :

Produits chimiques Fumée secondaire Radiation

Chimiothérapie Médicaments Autres

Avez-vous été vacciné? Oui Non

Si oui, avez-vous eu une réaction? Oui Non Incertain

Consommez-vous? Si oui, combien?

Tabac _____ Marijuana _____

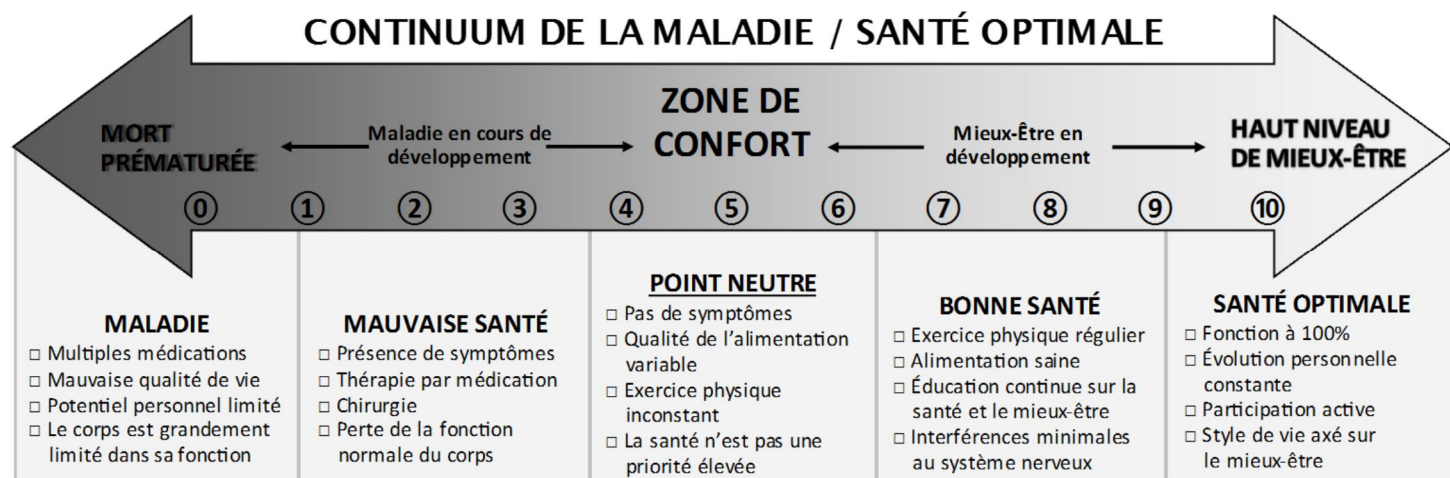
Café/thé _____ Autres drogues _____

Boisson gazeuse _____ / Énergisante _____

Alcool _____

Quelle quantité d'eau buvez-vous par jour? _____

ÉVALUATION DU NIVEAU DE SANTÉ



Sur le diagramme ci-haut:

A. Selon vous, quel chiffre représente le mieux votre niveau de santé actuel? _____

B. Selon vous, dans quelle direction votre santé se dirige-t-elle en ce moment? _____

Quels sont vos objectifs de santé? (soulagement, optimisation de la santé, correction durable, etc.)

IMMÉDIATS: _____

À COURT TERME: _____

À LONG TERME: _____

PAIEMENTS ET ASSURANCES

Les examens/évaluations, les radiographies et les soins chiropratiques sont payables à chaque visite, à moins que d'autres arrangements aient été faits au préalable.

Les radiographies demeurent la propriété de la clinique.

Avez-vous des assurances qui couvrent les soins chiropratiques? Oui Non

DÉCLARATION

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et je consens à subir les examens nécessaires.

Je consens à ce que Dre Elise Joyal, chiropraticienne, et son équipe communiquent avec moi par téléphone, courriel et poste pour confirmer mes rendez-vous, faire un suivi de mes soins et pour m'envoyer du contenu de valeur pour améliorer ma santé.

Signature: _____

Date: _____



2121, boulevard des Forges, Trois-Rivières (Qc), G8Z 1T9, 819-370-1950, poste 2