

KARE

VOTRE SANTÉ. DIFFÉREMMENT.

Nom: _____ Sexe: F M
 Adresse: _____ Date de naissance: _____
 Ville: _____ Marié(e). Célibat Veuf (ve) Div.
 C. postal: _____ Tél. (résidence): _____ Occupation: _____
 Tél. (cel. Important confirmation RV) _____ Courriel (important confirmation RV) : _____

Qui vous a recommandé notre clinique? Ami Parent Pages jaunes 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.

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

Pas de douleur						Douleur extrême				
<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"/>

HISTOIRE FAMILIALE:

4- Avez-vous des enfants ? Oui ___ Non

1-Père: âge _____ Si décédé, cause _____

5-Est-ce qu'un des membres de votre famille

2-Mère: âge _____ Si décédée, cause _____

est atteint de: Troubles cardiaques Cancer

3-Avez-vous des frères et/ou sœurs? Oui Non

Diabète Arthrose/Arthrite Autres ?

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. <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 |

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

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 _____

Avez-vous eu des:

Lesquels ?

Vaccins : Non Oui _____

Hospitalisations : Non Oui _____

Accidents : Non Oui _____

Procédures dentaires : Prothèse Implants Orthodontie Autres :