CHIRO ST BRUNO

Nom: _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Âge : _____
Adresse : _____
Ville : _____Code Postal : _____
Téléphone résidentiel : _____ Téléphone mobile : _____
Téléphone travail : _____
Courriel : _____Occupation : _____
Comment avez-vous été référé à la clinique ? (cochez l'endroit approprié)
☐ Référence (nom du patient/professionnel) : _____ ☐ SITE WEB
☐ FACEBOOK ☐ INSTAGRAM ☐ Pages Jaunes ☐ Autre : _____

Êtes-vous ENCEINTE ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Peut-être.
Combien de semaines : _____ Date prévue d'accouchement : _____

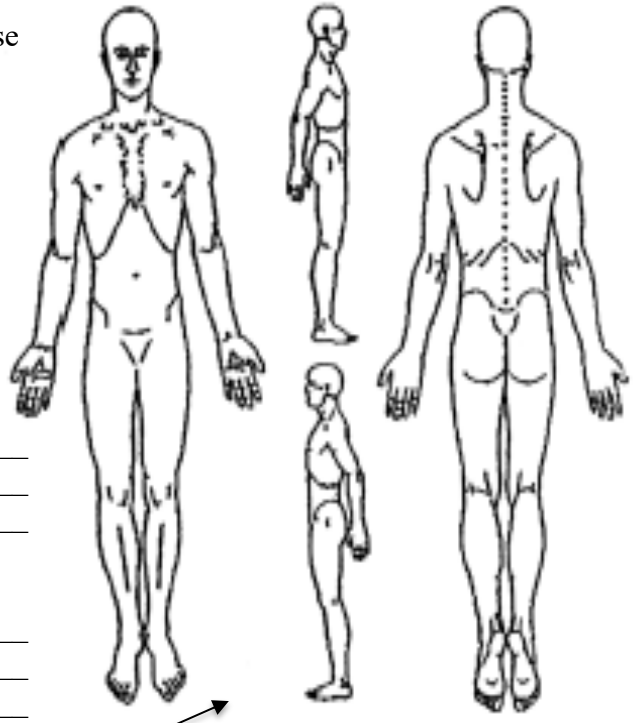
Avez-vous des enfants ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, combien ? _____ Âges _____

Personne à contacter en cas d'urgence : Nom : _____ Téléphone : _____

MOTIFS DE CONSULTATION

☐ Préoccupation de santé ☐ Prévention ☐ Suivi de grossesse

1. Quels sont vos motifs de consultation (par ordre d'importance)
   I. _____
   II. _____
   III. _____
2. Depuis quand en souffrez-vous ?
   I. _____
   II. _____
   III. _____
3. Comment sont apparus ces symptômes ?
   I. _____
   II. _____
   III. _____
4. Comment progressent vos symptômes ? (stables, s'empirent, s'améliorent)
   I. _____
   II. _____
   III. _____



5. Veuillez indiquer les régions douloureuses sur le schéma ci-joint :
6. Votre symptôme principal (I) est-il présent: ☐ 100% du temps ☐ 75% du temps ☐ 50% du temps ☐ 25 % du temps ☐ moins de 25% du temps
7. Votre symptôme principal est-il pire : ☐ Au réveil ☐ Le jour ☐ Le soir ☐ La nuit
8. Votre symptôme principal est pire dans quelle position ? ☐ Assis ☐ Debout ☐ Couché
9. Cochez la case qui correspond à l'intensité de votre douleur principale :
   Pas de douleur ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Douleur extrême
   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Est-ce le premier épisode de douleur semblable : ☐ oui ☐ non
11. Avez-vous déjà consulté un autre professionnel de la santé pour ce problème ?
    ☐ non ☐ oui : Lequel _____

CHIRO ST BRUNO

HISTOIRE ANTÉRIEURE DE SANTÉ :

1. Maladies connues :_____
2. Médicaments et/ou vitamines et/ou produits naturels/homéopathie :
   _____
3. Chirurgies (années) : _____
4. Hospitalisations (années) : _____
5. Accidents / chutes / fractures (années) : _____
6. Souffrez-vous d'allergies ? ☐ Oui ☐ Non
   Si oui, lesquelles _____
7. Quel est le nom de votre médecin traitant et sa clinique :_____
8. À quand remonte votre dernier bilan de santé : _____
9. Avez-vous subit un examen radiologique ou autres imageries au cours des 2 dernières années ? ☐ Oui ☐Non Si oui, de quelles parties du corps :

HABITUDES DE VIE :

1. Vous travaillez surtout : ☐ Debout ☐ Assis ☐ Postes variables
2. Portez-vous des orthèses plantaires : ☐ Oui ☐Non Si oui, qui les a prescrites _____
3. Vous dormez surtout sur le : ☐ Ventre ☐ Dos ☐ Côté gauche ☐ Côté droit
4. Êtes-vous fumeur ? ☐ Oui (paquet/jour ____) ☐ Non ☐ Ex-fumeur (années d'arrêt ____)
5. Quel est votre fréquence d'activité physique par semaine ? ☐ Jamais ☐ ≤ 1h ☐ 2-4h ☐ ≥ 4h

REVUE DES SYSTÈMES : Cochez les symptômes qui vous sont familiers :

Acouphènes	☐	Engourdissement	☐	Maux de tête	☐	Troubles hormonaux	☐
Amygdalites/laryngites	☐	Étourdissement/Vertiges	☐	Maux d'oreilles	☐	Troubles psychologiques	☐
Anémie	☐	Évanouissement	☐	Méningites	☐	Troubles de la prostate	☐
Anorexie/Boulimie	☐	Extrémités froides/moites	☐	Œdème/enflure	☐	Troubles rénaux	☐
Anxiété/Dépression	☐	Fatigue	☐	Perte ou gain de poids	☐	Troubles urinaires	☐
Arthrite/ Arthrose	☐	Fièvre	☐	Pierres aux reins	☐	Saignements de nez	☐
Asthme	☐	Fracture	☐	Tremblements	☐	Sang dans les selles	☐
Ballonnement/Gaz	☐	Haute/Basse pressions	☐	Troubles cardiaques	☐	Sang dans les urines	☐
Cancer	☐	Hypoglycémie	☐	Troubles circulatoires	☐	Sinusites	☐
Constipation	☐	Incontinence urinaire	☐	Troubles respiratoires	☐	Ménopause	☐
Convulsions/Épilepsie	☐	Insomnie	☐	Troubles oculaires	☐	Douleurs menstruelles	☐
Démangeaisons	☐	Irritabilité	☐	Troubles digestifs	☐	Pertes vaginales	☐
Diabète	☐	Maladie héréditaire	☐	Troubles d'ordre sexuel	☐	Flux menstruel abondant	☐
Diarrhée	☐	Maux de dos	☐	Troubles d'ouïe	☐		

DÉCLARATION POUR TOUS :

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes.
Par la présente, j'autorise (nom du ou de la chiropraticienne) _____
à effectuer sur ma personne un examen chiropratique. J'assume la responsabilité des frais encourus et de tout solde non défrayé par ma compagnie d'assurance. Je consens également que mon dossier original soit la propriété exclusive de la Clinique Chiropratique Familiale de St-Bruno.

Signature : _____ Date : _____