

No de dossier : _____

Date : _____

Questionnaire adulte

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone (Maison) : _____ (Travail) : _____

(Cellulaire) : _____ Voulez-vous une confirmation de rdv par texto ? Oui Non

Courriel : _____ Quel est votre occupation : _____

Êtes-vous : Célibataire Veuf (ve) Divorcé (e) Marié (e) Conjoint de fait

Avez-vous des enfants : Oui Non Combien : _____

Voulez-vous recevoir : Des courriels de la clinique ? (Infolettre Chiro-Santé) Oui Non

Un avis sur les changements d'horaires et promo ? Oui Non

Des exercices/informations sur votre condition ? Oui Non

Soins de santé :

Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème ? Non Médecin

Chiropraticien : (son nom) _____ Date de dernière visite : _____

Autre(s) : _____

À quand remonte votre dernier examen physique (Médecin, sanguin, urinaire, IRM) : _____

Comment avez-vous pris connaissance de l'existence et des services offerts à la Clinique Chiropratique Montée Masson :

Internet : Google Site Web Facebook Les pages jaunes

Un(e) ami(e) ou un parent / conjoint(e): _____

Cartes d'affaires ou Dépliants

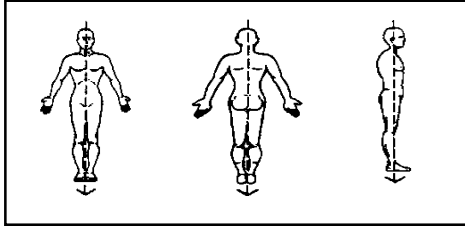
En passant devant, pancarte extérieure

Un professionnel de la santé, veuillez préciser : _____

Au contact du chiropraticien

Autres, précisez : _____

Localisation de la douleur :



Description du problème majeur :

← Pas de douleur Douleur extrême →

Intensité : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Votre problème est-il présent : 100% du temps 75 % du temps 25%-50 du temps Moins de 25% du temps

Depuis combien de temps ressentez-vous votre problème de santé principal? _____

Le caractère de la douleur (raide, brûle, engourdie, bloqué, etc.) : _____

Votre problème augmente avec : _____

Votre problème diminue avec : _____

Comment est survenu ce problème ? Subitement Graduellement Suite à un accident

Quel est l'origine? _____

Comment évolue votre problème : S'améliore S'aggrave Ne change pas

Votre problème est-il plus intense : Au lever Le jour Le soir La nuit Ne change pas

Votre problème vous empêche-t-il de : Travailler Dormir Mener votre routine Autre : _____

Ce problème est-il déjà survenu auparavant : Non Oui Quand : _____

Quelle est votre position de travail : Debout Assis Statique En mouvement

Vous êtes né avec quel méthode ? : (Naturel, Forceps, Césarienne, Siège)

Souffrez-vous ? (Encerclez le ou les choix qui correspond(ent) à votre condition)

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| Allergies : _____ | Transpiration | Pertes urinaires | Frissons |
| Tremblements | Pertes fécales | Incontinence | Fatigue |
| Pertes d'équilibre | Uriner au lit | Perte de mémoire | Ballonnement/Gaz |
| Fièvre | Dépression | Évanouissement | Uriner fréquemment |
| Maux de tête | Enflure | Infections des reins | Infection rénale/Pierre |
| Migraine | Mains/pieds froids | Douleur en urinant | Insomnie |
| Problèmes de mâchoire | Perte/Gain de poids | Toux/Râlement | Constipation |
| Anxiété (Angoisse) | Respiration difficile | Diarrhée | Engourdissement |
| Asthme | Digestion difficile | Névralgie | Douleur aux yeux |
| Faim excessive | Scoliose | Yeux larmoyants | Hémorroïdes |
| Douleur sciatique | Vue affaiblie | Trouble du foie | Jaunisse |
| Douleur aux côtes | Nausée | Douleur aux mains | Sifflement d'oreille |
| Grippe/Rhume | Douleur à l'estomac | Douleur aux pieds | Saignement nasal |
| Reflux gastrique | Bursite/Tendinite | Infection des sinus | Peu d'appétit |
| Arthrite | Maux de gorge | Vomissements | Hernies : (Emplacement) |
| Démangeaisons | Haute/Basse pression | Douleur bas du dos | Éruptions cutanées |
| Peau sèche | Point au cœur | Douleur entre épaules | Problèmes menstruels |
| Mauvaise circulation | Douleur au cou | Ménopause (Symptômes) | Trouble de prostate |
| Palpitations | Sujet aux bleus | Varices | Perte de force |
| Battements lents | Cheville enflées | Torticolis | |

Maladies et médicaments :

Histoire d'accident, chute, foulure, Fracture, etc... Non Oui Date : _____

Histoire antérieure de chirurgie Non Oui Date : _____

Histoire de radiographies, imagerie (résonnance, écho, mammo) : Non Oui Date : _____

Père : âge _____ Si décédé, cause _____

Mère : âge _____ Si décédé cause _____

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

Est-ce qu'un des membres de votre famille est atteint de : Troubles cardiaques
 Diabète Cancer Arthrose / Arthrite Autres : _____

Portez-vous des ...? Talonnettes Semelles correctives / orthèses Depuis quand : _____

Habituellement, dormez-vous sur ...? Le dos Le côté : Gauche Droit Le ventre

Combien dormez-vous d'heures par nuit? (en moyenne) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12 + hre

Consommez-vous...? Si oui, combien?

du tabac / cigarettes Non Oui Combien : _____ / jour

de l'alcool Non Oui Combien : _____ / semaine

du café – thé Non Oui Combien : _____ / jour

des vitamines et suppléments Non Oui Combien : _____ / jour

Quels suppléments / vitamines : _____

Habitudes alimentaires : Mauvaises Moyennes Bonnes

Pourquoi ? : _____

Faites-vous de l'exercice? (Si oui, combien de temps ?) Oui Non _____ / hres / sem

Quel(s) sport(s) / activité(s) : _____

Intensité de stress : Aucun stress 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 10 Grand stress

Quels sont vos objectifs santé ? : _____

EST-IL POSSIBLE QUE VOUS PUISSIEZ ÊTRE ENCEINTE? : OUI NON

Consentement aux examens radiologiques (FEMMES SEULEMENT)

La présente est pour certifier que, à ma connaissance, je ne suis pas enceinte et que la Clinique Chiropratique Montée Masson à la permission de faire des radiographies. J'assumerai toutes les responsabilités si je suis enceinte.

**** Toutes les femmes en âge de procréer doivent signer cette autorisation et cocher la catégorie appropriée. ****

Signature : x _____

Date : _____

- | | | | |
|--|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pilule contraceptive/Anneau | <input type="checkbox"/> Stérilet cuivre | <input type="checkbox"/> Hormonal | <input type="checkbox"/> Absence de relation |
| <input type="checkbox"/> Hystérectomie, ligature des trompes | <input type="checkbox"/> Condom | | <input type="checkbox"/> Ligature des trompes |
| <input type="checkbox"/> Ménopausée ou post-ménopausée | <input type="checkbox"/> Conjoint vasectomisé | | <input type="checkbox"/> Depo-provera (injection) |
| <input type="checkbox"/> Autres: _____ | | | |

10 jours suivant la fin des menstruations, date : _____