

Date d'ouverture \_\_\_\_\_



Centre Chiropratique de Granby  
14 rue Court Granby Qué J2G 4Y5  
Tél : 450-777.3600

\*\*\*\*\*

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : Rés : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Cell : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Date de naissance : (J/M/A) \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : H F

Votre occupation : \_\_\_\_\_

Qui devons-nous remercier pour vous avoir référé à la clinique : \_\_\_\_\_

### Motif de la consultation

Quel est votre motif principal de consultation ?

- Prévention       Amélioration de votre santé       Autre Problème : précisez :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

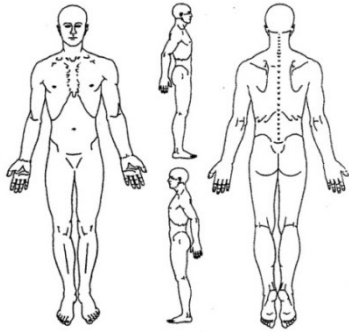
Depuis combien de temps cela vous affecte-t-il ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu un problème semblable ?  Non       Oui, quand ? \_\_\_\_\_

Le problème a commencé...

- À la suite d'un effort violent       À la suite d'une chute       En levant un objet  
 À la suite d'un accident       Pendant une grossesse       En pratiquant un sport  
 Sans raison apparente       Autre \_\_\_\_\_

Indiquez sur les schémas les endroits où vous éprouvez vos malaises, vos douleurs



Marquez la sévérité de votre douleur quand elle est la plus faible et quand elle est la pire, en encerclant deux chiffres sur l'échelle suivante :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Faible extrême

La douleur est plus intense (plus forte) :  Au lever  Le jour  Le soir  La nuit

Qu'est-ce qui diminue votre douleur?

- marcher  vous asseoir  vous coucher  vous tenir debout  
 changer de position  le froid  la chaleur  prendre des médicaments  
 massage  faire des exercices

Autres \_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui aggrave votre douleur?

- vous asseoir  rester dans la même position  travaillé penché  
 vous coucher  être tendu, stressé  monter/descendre escalier  
 les mouvements  uriner  rester assis longtemps  
 pratiquer un sport  vous relever après être assis  manger  
 tousser/éternuer  certains mouvements précis

Au cours de la dernière année, avez-vous consulté un chiropraticien ou tout autre professionnel de la santé ?

- Non  Oui, pour ce problème  oui pour autre problème

Précisez : \_\_\_\_\_

## Habitudes de vie

Indiquez à quelle fréquence vous pratiquez une activité physique (incluant une marche de détente)

- Plus de 2 fois/sem  1-2 fois/sem  1 fois/2 sem  1 fois/mois

Indiquez votre consommation :

Tabagisme \_\_\_/jour    \_\_\_ Thé, café/jour    Alcool \_\_\_/sem    Liqueur \_\_\_/sem    Eau \_\_\_/jour

Dans quelle position dormez-vous ?

- Sur le dos  Sur le côté  Sur le ventre

## Histoire Médicale

Radiographies au cours de la dernière année? Si oui précisez : \_\_\_\_\_

Énumérez toutes les chirurgies que vous avez subies

Type : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu un accident d'automobile ?  Non  Oui \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà fait une chute importante ?  Non  Oui \_\_\_\_\_

Énumérez tous les médicaments que vous prenez : \_\_\_\_\_

Avez-vous une ou plusieurs des conditions suivantes :

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergies                     | <input type="checkbox"/> Étourdissements/vertiges  | <input type="checkbox"/> Sinusite                                 |
| <input type="checkbox"/> Angoisse                      | <input type="checkbox"/> Évanouissements           | <input type="checkbox"/> Toux                                     |
| <input type="checkbox"/> Arthrite                      | <input type="checkbox"/> Extrémités froides/moites | <input type="checkbox"/> Tremblements                             |
| <input type="checkbox"/> Asthme                        | <input type="checkbox"/> Fatigue                   | <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques                      |
| <input type="checkbox"/> Ballonnements / gaz           | <input type="checkbox"/> Fracture                  | <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires                   |
| <input type="checkbox"/> Basse pression                | <input type="checkbox"/> Frissons                  | <input type="checkbox"/> Troubles de la prostate                  |
| <input type="checkbox"/> Cancer                        | <input type="checkbox"/> Haute pression            | <input type="checkbox"/> Troubles de la vue                       |
| <input type="checkbox"/> Constipation                  | <input type="checkbox"/> Hypoglycémie              | <input type="checkbox"/> Troubles de l'ouïe                       |
| <input type="checkbox"/> Convulsions                   | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire     | <input type="checkbox"/> Troubles digestifs /<br>reflux gastrique |
| <input type="checkbox"/> Démangeaisons                 | <input type="checkbox"/> Insomnie                  | <input type="checkbox"/> Troubles hormonaux                       |
| <input type="checkbox"/> Dépression                    | <input type="checkbox"/> Irritabilité              | <input type="checkbox"/> Troubles rénaux                          |
| <input type="checkbox"/> Diabète                       | <input type="checkbox"/> Maux de tête              | <input type="checkbox"/> Troubles respiratoires                   |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée                      | <input type="checkbox"/> Œdème (enflure)           | <input type="checkbox"/> Uriner fréquemment                       |
| <input type="checkbox"/> Ecchymoses (bleus)            | <input type="checkbox"/> Perte ou gain de poids    | <input type="checkbox"/> Uriner la nuit                           |
| <input type="checkbox"/> Engourdissements              | <input type="checkbox"/> Pierres aux reins         | <input type="checkbox"/> Varices                                  |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie                     | <input type="checkbox"/> Sang dans les selles      |   |
| <input type="checkbox"/> Éruptions cutanées (rougeurs) | <input type="checkbox"/> Sang dans les urines      |   |

### Section réservée aux femmes

Oui non

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enceinte                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Méthode de contraception |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Menstruation régulières  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Absence de menstruation  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Flux menstruel abondant  |

oui non

- |                          |                          |                            |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Crampes abdominales        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Menstruations douloureuses |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | symptômes de ménopause     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | hormonothérapie            |

*Je déclare que toutes les informations fournies sont complètes et exactes*

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_