

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL

POURQUOI CE QUESTIONNAIRE EST IMPORTANT?

Quotidiennement, notre corps est appelé à subir différents stress physiques, chimiques et émotionnels qui s'accumulent, résultant en une baisse de santé. Souvent les effets sont graduels, sans qu'on les ressente, jusqu'à ce qu'ils deviennent sérieux. Les réponses aux questions suivantes nous donneront un profil des stress auxquels vous avez fait face dans le passé, et nous permettront une meilleure évaluation pour vous aider à retrouver une santé optimale.

Renseignements personnels

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Tél. rés. : _____ Travail : _____

Tél cell. : _____

Courriel : _____

Confirmation de rendez-vous : courriel message texte

J'accepte de recevoir des communiqués de la CCV inc.

Numéro d'assurance-maladie : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

État civil : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve)

Occupation : _____ Employeur : _____

SAAQ CNESST

Nom du conjoint (ou des parents si moins de 18 ans) : _____

Âges de vos enfants : _____

Référé par : Pages jaunes site web autre

ami, son nom : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

_____ tél. : _____

Motif de la consultation

Décrivez brièvement la préoccupation de santé principale que vous souhaitez améliorer.

Apparition : accident progressif subitement

Depuis quand et comment c'est arrivé? _____

Prenez-vous des médicaments spécifiquement pour cette condition? oui non Si oui, le ou lesquels? _____

Autre professionnel consulté pour cette condition : _____

Date de la dernière visite : _____

Objectifs visés par la consultation d'aujourd'hui:

soulagement des symptômes régler la cause des symptômes accéder à une santé optimale pour la vie

Quel est le pourcentage du temps que cette préoccupation vous affecte au cours de la journée?

100% 75% 50% 25%

Sévérité de la douleur : ____ /10

Est-ce que cette condition :

s'améliore se détériore ne change pas

irradie vers un autre endroit. Si oui, lequel? _____

nuit à : travail à la maison loisirs sommeil

est aggravée par :

debout assis couché marche sport

Votre condition relève-t-elle de la : CSST? SAAQ?

si oui, date de l'incident : _____

nom de l'agent : _____

no de dossier : _____

Historique de santé

Êtes-vous enceinte? oui non nombre de semaines : _____

Avez-vous déjà eu un accident de la route? oui non
 année : _____ détails : _____
 année : _____ détails : _____

Avez-vous déjà fait une chute importante? oui non
 année : _____ détails : _____
 année : _____ détails : _____

Avez-vous déjà subi des fractures? oui non
 année : _____ détails : _____
 année : _____ détails : _____

Avez-vous déjà subi des chirurgies ? oui non
 année : _____ détails : _____
 année : _____ détails : _____

Avez-vous été vacciné dans l'enfance? oui non

Avez-vous été vacciné récemment? oui non
 si récent, quel vaccin? _____

Avez-vous eu des maladies d'enfance? oui non
 lesquelles? _____

À votre naissance, y a-t-il eu des complications? oui non
 lesquelles? _____

Avez-vous déjà pratiqué des sports de contact? oui non
 lesquels? _____ année? _____

Avez-vous déjà été sous soins chiropratiques? oui non
 dernier rendez-vous : _____

Portez-vous des orthèses ou talonnettes? oui non

Souffrez-vous d'allergies? oui non
 lesquelles? _____

Avez-vous un autoinjecteur sur vous? (Épipen) oui non

Prenez-vous des médicaments tous les jours? oui non

<u>médicament</u>	<u>raison</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Habitudes de vie

Travaillez-vous à l'ordinateur : oui non

Faites-vous des mouvements répétitifs : oui non

Cochez votre état actuel : Pauvre bon excellent

alimentation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
forme physique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sommeil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
état de santé général :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Niveau de stress : au travail : ___ /10 à la maison : ___ /10

Pratiquez-vous des sports régulièrement? oui non
 lesquels? _____

Nombre d'heures de sommeil par nuit : _____

Position de sommeil :
 alterne entre les positions dos ventre côté

Matelas : mousse ressort

Oreiller : régulier orthopédique

Consommez-vous: alcool drogues tabac café

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous des troubles suivants?

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> infarctus | <input type="checkbox"/> hypercholestérolémie | <input type="checkbox"/> diarrhée | <input type="checkbox"/> règles anormales |
| <input type="checkbox"/> migraines | <input type="checkbox"/> palpitations | <input type="checkbox"/> crampes | <input type="checkbox"/> incontinence | <input type="checkbox"/> infertilité |
| <input type="checkbox"/> névralgies | <input type="checkbox"/> angine | <input type="checkbox"/> raideurs | <input type="checkbox"/> allergies | <input type="checkbox"/> dépression |
| <input type="checkbox"/> évanouissements | <input type="checkbox"/> hypertension | <input type="checkbox"/> tensions | <input type="checkbox"/> acné | <input type="checkbox"/> anxiété |
| <input type="checkbox"/> perte de conscience | <input type="checkbox"/> hypotension | <input type="checkbox"/> tendinite | <input type="checkbox"/> eczéma | <input type="checkbox"/> schizophrénie |
| <input type="checkbox"/> sclérose en plaques | <input type="checkbox"/> anévrisme | <input type="checkbox"/> asthme | <input type="checkbox"/> psoriasis | <input type="checkbox"/> sautes d'humeur |
| <input type="checkbox"/> épilepsie | <input type="checkbox"/> œdème | <input type="checkbox"/> perte d'appétit | <input type="checkbox"/> otites | <input type="checkbox"/> irritabilité |
| <input type="checkbox"/> engourdissements | <input type="checkbox"/> ACV | <input type="checkbox"/> perte de poids | <input type="checkbox"/> acouphènes | <input type="checkbox"/> nervosité |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> extrémités froides | <input type="checkbox"/> gain de poids | <input type="checkbox"/> vertiges | <input type="checkbox"/> bipolarité |
| <input type="checkbox"/> Huntington | <input type="checkbox"/> anémie | <input type="checkbox"/> ulcères | <input type="checkbox"/> perte d'équilibre | <input type="checkbox"/> arthrite |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> hypo-hyperthyroïdie | <input type="checkbox"/> acidité | <input type="checkbox"/> sinusites | <input type="checkbox"/> lupus |
| <input type="checkbox"/> bouffées de chaleur | <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> nausées | <input type="checkbox"/> amygdalites | <input type="checkbox"/> Crohn |
| <input type="checkbox"/> ménopause | <input type="checkbox"/> hypoglycémie | <input type="checkbox"/> constipation | <input type="checkbox"/> rhinites | |

J'ai pris connaissance des honoraires professionnels et j'en assume la responsabilité. Le paiement est exigé après chaque visite.

J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer les examens qu'il jugera nécessaires à l'ouverture de mon dossier. Il est possible que certains patients ressentent des courbatures ou une légère aggravation des symptômes suite à l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée, mais il est important de les mentionner au chiropraticien à votre prochaine visite

Signature : _____ **Date :** _____