

RENSEIGNEMENTS

▲ Nom de famille _____ ▲ Prénom _____

▲ Occupation _____ ▲ Médecin traitant _____

▲ Date de naissance (AAAA-MM-JJ) _____ ▲ Adresse _____

▲ Ville _____ ▲ Code postal _____

▲ Téléphone (résidence) _____ ▲ Téléphone (mobile) _____ ▲ Courriel _____

Sexe Féminin Masculin

▲ Âge _____ ▲ Taille _____ ▲ Poids _____

État civil Célibataire Conjoint(e)*

▲ *Prénom et nom _____

Qui vous a référé chez nous?

Ami(e)* Facebook Posturetek.com Cliniquespinecor.ca Enseigne

Famille* Autre* Orthochiro.ca Autre site web* Pages jaunes

▲ *Précisez _____

Avez-vous des enfants? Non Oui

▲ Prénom(s) _____ ▲ Âge _____

Avez-vous une assurance qui couvre les soins chiropratiques? Non Oui

MOTIFS DE LA CONSULTATION

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES ZONES OMBRAGÉES

Échelle de douleur :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune	Faible		Moyenne		Sévère		Très sévère		Intolérable	
0	1-3		4-6		7-9		10			

Énumérez par ordre d'importance les motifs de votre consultation.

1. _____

Douleur ▼

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

T L _____ D L _____ F L _____

2. _____

Douleur ▼

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

T L _____ D L _____ F L _____

3. _____

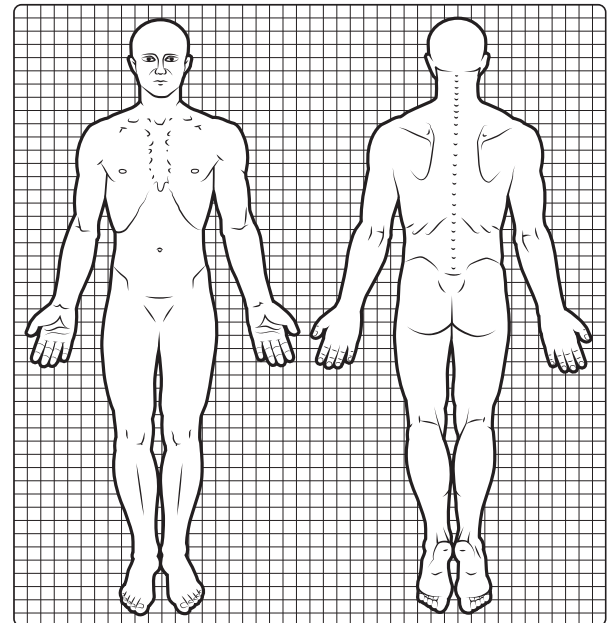
Douleur ▼

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

T L _____ D L _____ F L _____

Est-ce que la douleur s'étend? Non Oui, jusqu'à L _____

Avez-vous des maux de tête? N Oui, douleur ▶ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Localisez les motifs de votre consultation (déjà inscrits ci-contre) sur le schéma en encerclant la région touchée.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Dressez un historique des traumatismes / accidents.

1. _____ Date L _____
2. _____ Date L _____
3. _____ Date L _____
4. _____ Date L _____
5. _____ Date L _____

Historique des interventions chirurgicales et hospitalisations.

1. _____
2. _____

Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour ces conditions?

1. _____
2. L _____

Quelle est votre position de travail?

- Debout
 Assise
 En mouvement

Habituellement, vous dormez sur...

- Le dos
 Le côté
 Le ventre

Indiquez votre niveau de stress.

(0: aucun stress; 10: stress extrême)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Source principale de stress.

Faites-vous de l'activité physique/sport?

▲ Lesquels?

Consommation de cigarettes.

Non Oui ► _____ /semaine

Consommation d'alcool.

Non Oui ► _____ /semaine

Quels résultats attendez-vous des soins prodigués ?

- Soulagement temporaire
 Correction durable
 Prise en charge complète de votre santé

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Est-ce qu'un membre de votre famille est atteint de :

- Diabète Cholestérol élevé Troubles cardiaques Hypercyphose Ostéoporose
 Cancer Arthrose / arthrite Maladie héréditaire Scoliose Autre ► _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Veuillez cocher, parmi les signaux corporels suivants, ceux qui affectent ou qui ont affecté votre santé.

MALADIES GRAVES

- Cancer
 Hypertension
 AVC
 Diabète

IMMUNITAIRE

- Otite
 Sinusite
 Infections récurrentes

SYSTÈME NERVEUX

- Faiblesse musculaire
 Étourdissement / vertiges
 Évanouissements
 Épilepsie
 Engourdissements

GASTRO-INTESTINAL

- Problèmes digestifs
 Intolérance alimentaire
 Côlon irritable
 Diarrhée
 Ballonnements
 Brûlures d'estomac
 Perte ou gain de poids excessif

RESPIRATOIRE

- Asthme
 Bronchite
 Souffle court

MUSCULOSQUELETTIQUE

- Douleur au dos
 Douleur entre les omoplates
 Douleur au cou
 Douleur aux bras / mains
 Douleur aux jambes / pieds
 Raideur aux articulations
 Difficulté à marcher
 Scoliose
 Hypercyphose
 Arthrite / arthrose
 Ostéoporose

GÉNITO-URINAIRE

- Infection urinaire
 Uriner fréquemment / excessivement
 Trouble de la prostate
 Pertes urinaires
 Incontinence
 Douleur menstruelles
 Douleur / masse au sein
 Ménopause
 Enceinte ▼

▲ Date de vos dernières règles

GÉNÉRAL

- Insomnie
 Fatigue
 Trouble thyroïdien
 Anxiété / dépression
 Allergies*

PEAU

- Eczéma
 Psoriasis

CARDIOVASCULAIRE

- Douleur à la poitrine
 Problèmes cardiaques
 Oedème
 Extrémités froides
 Varices
 Cholestérol

▲ *Précisez

NE RIEN ÉCRIRE DANS
LES ZONES OMBRAGÉES

Prenez-vous des médicaments? N O*

▲ *Pour lesquelles de ces conditions? (ou encerclez)

Prenez-vous des suppléments alimentaires? N O*

▲ *Lesquels?

À quand votre
prochain suivi médical?

DÉCLARATION POUR TOUS

Je déclare que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont complètes et exactes et je consens à subir les examens nécessaires. ▲ Signature

▲ Date