

Nom		Tél. résidence	
Prénom		Tél. bureau	
Naissance (J/M/A)		Tél. cellulaire	
Adresse		Courriel	
Ville			
Code postal		Occupation	

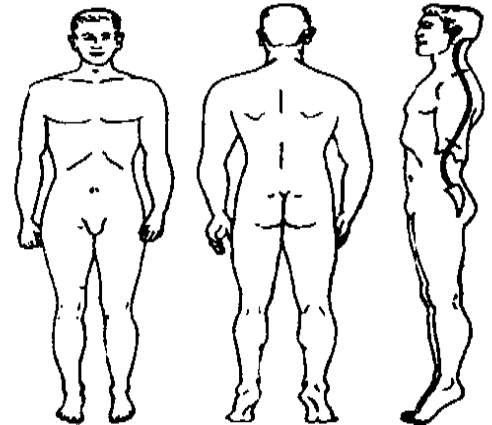
État civil	célibataire / marié / divorcé / veuf	Avez-vous des Enfants ?	Oui / Non
Nom du conjoint (e)		Si oui combien ?	

Votre cas relève-t-il de	<input type="checkbox"/> CSST (accident au travail)	<input type="checkbox"/> Défense nationale	<input type="checkbox"/> SAAQ (accident automobile)
	<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Assurances	
Comment avez-vous choisie notre clinique ?	<input type="checkbox"/> Pages jaunes	<input type="checkbox"/> internet	<input type="checkbox"/> Emplacement
	<input type="checkbox"/> Référence:		

Motif de la consultation	<input type="checkbox"/> Préventif	<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> autre :
A quel point vous engagez vous dans vos soins ?	<input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Peu	

Décrivez brièvement votre problème			
Comment est-ce arrivé			
Depuis quand avez-vous ce problème			
Votre condition	<input type="checkbox"/> s'aggrave	<input type="checkbox"/> stable	<input type="checkbox"/> diminue
	<input type="checkbox"/> Jour	<input type="checkbox"/> nuit	<input type="checkbox"/> assis
Votre condition est plus intense	<input type="checkbox"/> debout	<input type="checkbox"/> lors d'activités	

Encerclez la région du problème  
Tracez en pointillé toute irradiation



OUI	NON	Histoire de santé antérieure et présente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu ce problème ou un problème semblable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà consulté ou été traité pour ce problème ou un problème semblable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà eu des radiographies de la région concernée
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Votre problème nuit-il avec vos activités personnelles et professionnelles
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous eu des accidents
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà été hospitalisé ( maladie, opération)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà été diagnostiqué avec le cancer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà fait un accident cérébro-vasculaire / Thrombose / Embolie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous suivie pour une autre condition de santé
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous pris dans les derniers 3 mois des médicaments
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà consulté ou été traité par un chiropraticien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous d'autres conditions qui n'ont pas été mentionnées

occasionnel	fréquent	constant	<u>Ne rien inscrire si aucune réponse ne s'applique.</u>			occasionnel	fréquent	constant	<u>Ne rien inscrire si aucune réponse ne s'applique.</u>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur au cou / entorse cervicale / torticolis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsion, inconscience, commotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur entre les omoplates / dorsale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble auditif, douleur aux oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur au bas du dos / lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saignement de nez, sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur aux articulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur à la poitrine, thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raideur / douleur la nuit ou le matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles pulmonaire, respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raideur / douleur associé aux activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble glandulaire, hormonale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur si debout immobile (+30 min.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble urinaire, vessie, reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur si assis (+30 min.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble digestif, du foie, intestinaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sciatique, névralgie, engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble cardiaque, circulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bursite, tendinite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cholestérol élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrite, arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haute ou basse tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enflure, crampes aux extrémités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Céphalée, maux de tête, migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles psychologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Étourdissement, perte d'équilibre	Section réservée aux femmes							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menstruation douloureuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausée, vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menstruation abondante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatigue / manque d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous enceinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Habitudes de vie						
Niveau de satisfaction au travail ?	<input type="checkbox"/>	Excellent	<input type="checkbox"/>	Moyen	<input type="checkbox"/>	Faible
Combien d'heures de sommeil dormez-vous?	Hrs	Position :	<input type="checkbox"/>	Dos	<input type="checkbox"/>	Côté
Quels sont vos principaux stress ?			<input type="checkbox"/>	Ventre		
Considérez-vous avoir une bonne alimentation ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		
Quels sont vos loisirs et détente ?						
Avez-vous été fumeur ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		
Faites-vous de l'activité physique ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		
Vous considérez-vous en bonne santé ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		

Antécédents familiaux	Père	Mère	Frère(s)	Sœur(s)
Arthrite / Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur au dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haute pression artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident cérébro-vasculaire / Thrombose / Embolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes; j'autorise le chiropraticien à effectuer sur ma personne un examen physique et la prise de films radiographiques. J'assume la responsabilité des frais encourus et de tout solde non défrayé.

Veillez lire et signer le document de consentement éclairé, si vous avez des questions sur celui-ci ou tout autre sujet, votre chiropraticien se fera un devoir d'y répondre avant votre traitement.

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

Date (J/M/A) : \_\_\_\_\_