

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : (J/M/A) _____

Statut civil : Marié Conjoint de fait Célibataire Divorcé Veuf Autre Sexe : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Tél. résidence : _____ Tél. cellulaire : _____

Tél. bureau : _____ Courriel : _____

De quelle façon est-ce préférable de vous rejoindre? Tél. résidence Cellulaire Tél. bureau Courriel

Autorisez-vous la clinique à communiquer avec vous par courriel? Oui Non

Autorisez-vous la clinique à laisser un message au numéro spécifié pour confirmer un rendez-vous? Oui Non

Occupation : _____ Présentement en arrêt de travail? Oui Non

Avez-vous des enfants? Oui Non Combien? _____

Référé par : Autre professionnel Nom : _____ Clinique : _____

Conjoint Ami Parent Collègue de travail Nom : _____

Publicité Site web Pages jaunes Facebook Google Autre : _____

Nom de votre médecin de famille : _____

Dernier rendez-vous : _____ Date du dernier examen médical : _____

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien? Oui Non

Qui? _____ Quand? _____

Consultez-vous pour un problème relié à un accident de travail (CSST)? Oui Non

Consultez-vous pour un problème relié à un accident de voiture (SAAQ)? Oui Non

Nom de l'agent : _____ Numéro de dossier : _____

Avez-vous des soins payés par le programme des Anciens combattants ou de l'IVAC? Oui Non

Acceptez-vous que nous répondions aux demandes de votre assureur, d'Anciens Combattants Canada, de l'IVAC, de la CSST ou de la SAAQ à propos des dates de vos traitements et des montants payés lors de ces traitements? Oui Non

Personne à rejoindre en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Lien avec vous : _____

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 du patient ou de la personne responsable : _____

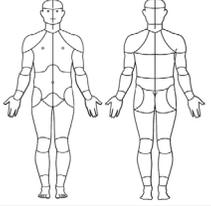
Date : _____

D.C. : Martine Dionne N° de permis : _____

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____

Date : _____ Date de naissance : _____ N° de dossier : _____

	MOTIF : _____	
MOTIF DE LA CONSULTATION	<input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Membre inférieur <input type="checkbox"/> Membre supérieur Notes : _____ _____ _____	
Localisation de la douleur		
Irradiation	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	
Circonstance de survenue	<input type="checkbox"/> Soudainement <input type="checkbox"/> Graduellement <input type="checkbox"/> Suite à un accident / Traumatisme <input type="checkbox"/> Cause inconnue Précisez : _____ _____ _____ Date : _____	
Durée / Fréquence	<input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Sub aigu <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Récurrent _____ épisodes en _____ <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année Durée : _____ Épisodes : _____	Notes : _____ _____ _____
Progression	<input type="checkbox"/> Mieux <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Pire <input type="checkbox"/> Variable _____ % sur _____ <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois Précisez : _____	Notes : _____ _____ _____
Douleur Caractère / Intensité	<input type="checkbox"/> Élançement <input type="checkbox"/> Coup de poignard <input type="checkbox"/> Pincement <input type="checkbox"/> Étirement <input type="checkbox"/> Chaleur / Brûlure <input type="checkbox"/> Picotement <input type="checkbox"/> Engourdissement <input type="checkbox"/> Autre : _____ _____	
Facteurs aggravants + ou atténuants -	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glace <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mouvement : _____ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chaleur <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Médication : _____ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Repos <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	
Symptômes associés	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> _____	
Histoire passée du problème actuel	Épisode ant. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Traitement reçu pour épisode Actuel : _____ _____	
Traitement antérieur pour ce motif		

HISTOIRE ANTÉRIEURE DE TRAITEMENTS

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ CONSULTÉS

- Médecin Dentiste Optométriste
 Physiothérapeute Autre

HISTOIRE MÉDICALE FAMILIALE

Parent 1 : _____

Parent 2 : _____

Fratrie : _____

Maladie héréditaire dans la famille élargie : _____

N = Normal AN = Anormal

ACCIDENTS, TRAUMAS, CHIRURGIES ET HOSPITALISATIONS

Accident : _____ Oui Non
Traumatisme : _____ Oui Non
Chirurgie : _____ Oui Non
Hospitalisation : _____ Oui Non

HABITUDES DE VIE

SPORTS ET LOISIRS

Niveau d'activité sportive

- TRÈS ACTIF (+ 300 min./sem. modérée ou + 150 min./sem. intense)
 ACTIF (150 min./sem. modéré ou 75-150 min./sem. intense)
 SÉDENTAIRE (- de 150 min./sem. modérée et - de 75 min./sem. intense)

Activités principales : _____

Source : Organisation mondiale de la santé (2010). Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé.

SOMMEIL

- Sommeil réparateur Insomnie

Nombres d'heures de sommeil par nuit : _____

POSITION DE SOMMEIL

- Dos Ventre Côté Variable

Douleur qui réveille la nuit : _____

FACTEURS DE CHRONICISATION

- Impression de mauvaise santé Tabagisme
 Sx dépressifs Appréhension ou catastrophisation
 Réaction disproportionnée au problème
 Kinésiophobie Invalidité totale + de 12 mois
 Alcool ou autre dépendance Faible réseau social
 Contexte familial Stresseurs

OCCUPATION / TRAVAIL

- Étude Travail Temps plein Temps partiel

Postures de travail contraignantes : _____

Satisfaction au travail : _____ / 10

Arrêt de travail récent : _____

MÉDICATION ET SUPPLÉMENTS

- Liste de médicaments au dossier
 Liste dans le DSQ
 Tylenol Aspirine Ains / Relaxants musculaires / Analgésiques
 Opioïdes HTA Cholestérol Anxiolytiques
 Anti-dépresseurs Diabète
 Médicament en injection Calcium / Vitamine D
 Médicaments en vente libre Contraceptifs hormonaux
 Infiltration Anti coagulant / Anti plaquettaire
Médication cessée récemment : _____
 Autres : _____

RADIOGRAPHIES, INVESTIGATIONS ET EXAMENS SPÉCIALISÉS

- Radiographie (- de 5 ans) Aucune
 Examens spécialisés Aucun
 Autres investigations Aucune

Investigation à venir : _____

AUTRES / AJOUTS / COMMENTAIRES

REVUE DES SYSTÈMES

Psychologique	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	_____
Neurologique	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	_____
Musculo-squelettique	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	_____
Endocrinien	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	_____
ORL	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	_____
Respiratoire	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	_____
Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	_____
Gastro-intestinal	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	_____
Génito-urinaire	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	_____
Allergies	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	_____
Autre :		_____

SYMPTÔMES CONSTITUTIONNELS

- Fièvre Malaise généralisé Fatigue
 Perte de poids inexpliquée
 Sueurs nocturnes Douleur nocturne
 Autre : _____

DRAPEAUX ROUGES NMS

- Perte de sensation génitale / Péri-anale
 Incontinence urinaire ou fécale
 Rétention urinaire
 Déverrouillage matinal > 1h
 Historique de cancer
 Déficit neurologique progressif
 Autre : _____

N = Normal AN = Anormal
