

## INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom: \_\_\_\_\_

Date de naissance (année/mois/jour): \_\_\_\_\_

Âge: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

(Numéro)

(Rue)

(Ville)

(Code postal)

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

Statut matrimonial: \_\_\_\_\_ Nombre d'enfant(s): \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre chiropraticien peut vous contacter par courriel concernant vos soins? Oui / Non

Souhaitez-vous recevoir des informations et conseils de santé une fois par mois? Oui / Non

Afin de confirmer vos rendez-vous, quelle méthode préférez-vous?  Courriel  Téléphone

Comment avez-vous entendu parler de la clinique?  Internet  Bouche-à-oreille  Évènement sportif

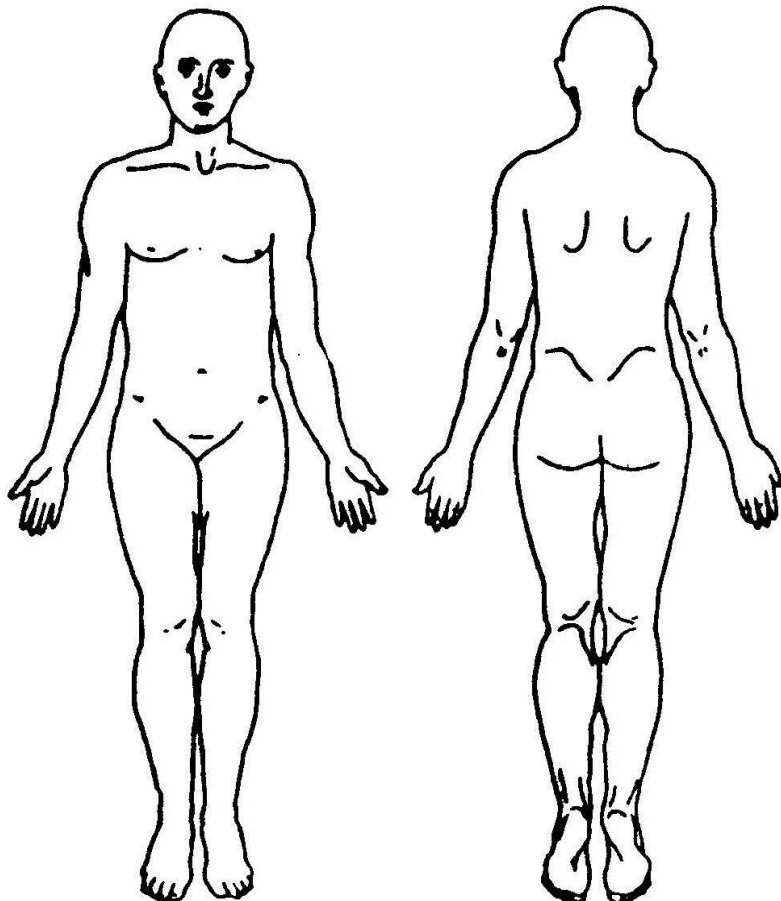
Référence professionnelle: \_\_\_\_\_  Journaux Autre: \_\_\_\_\_

Nom de votre médecin de famille: \_\_\_\_\_

Permission de transmettre au besoin vos informations médicales (médecin / pharmacien / hôpital) Oui / Non

## VOTRE CONDITION

Identifiez une/des régions pour lesquelles vous consultez avec les signes suivants :



Douleur	xxx
Engourdissement	ooo
Perte de force	vvv

### AUTRES SERVICES

Pourriez-vous être intéressé(e) par les services de massothérapie offerts à la Clinique Ipsum ?

Oui

Non



## SOULAGEMENT ET QUALITÉ DE VIE

Je souhaite un soulagement :

- Temporaire  
 À long terme  
 Au choix du chiropraticien

## CONCERNANT VOTRE SANTÉ

Ma santé est:  Excellente  Bonne  Correcte  Mauvaise

Mettre en ordre d'importance vos préoccupations / problèmes de santé :

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

## HISTORIQUE FAMILIAL

Inscrire les membres de votre famille immédiate (ou vous-même) souffrant de ces conditions :

Cancer	Maladies auto-immunes
Eczéma	Arthrite
Diabète	Allergies
Problèmes cardiaques	Asthme
Haute pression	Dépendances
AVC	Maladie du foie

Autre(s):

---

**Vaccinations :**  J'ai eu tous les vaccins  Vaccin pour la grippe  J'ai eu quelques vaccins  
 Je n'ai jamais été vacciné  Vaccin(s) de voyages  Je ne me souviens plus



En matière de prévention et de maintien de la santé, les soins chiropratiques ne sont possibles que lorsque nous avons compris quels sont vos objectifs. La façon dont vous répondrez aux questions suivantes nous aidera à mieux comprendre de quelle façon nous pourrions vous venir en aide, au meilleur de nos connaissances. Votre temps, votre réflexion et votre honnêteté sont donc essentiels.

1. Que connaissez-vous de l'approche chiropratique?
2. Quelles sont vos attentes envers la Clinique chiropratique Ipsum?
3. À quel niveau associez-vous les symptômes que vous ressentez au style de vie que vous adoptez ? Encerclez le chiffre correspondant:  
  
(0%)    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    (100%)
4. Quelles sont les habitudes que vous adoptez quotidiennement qui pourraient **contribuer** à vous maintenir en santé?
5. Quelles sont les habitudes que vous adoptez quotidiennement qui pourraient **nuire** au maintien de votre santé?
6. Quels sont les obstacles qui pourraient vous empêcher d'adopter le style de vie dont nous discuterons ensemble?
7. Sentez-vous que vous vous épanouissez pleinement dans votre vie? Sinon, qu'est-ce qui vous en empêche?

Dresser la liste des hospitalisations, chirurgies, accidents / blessures, rayons-X, scans, IRM, etc. que vous avez subis par le passé :

Année: \_\_\_\_\_ Description: \_\_\_\_\_

Année: \_\_\_\_\_ Description: \_\_\_\_\_

Année: \_\_\_\_\_ Description: \_\_\_\_\_

Année: \_\_\_\_\_ Description: \_\_\_\_\_

Évènement stressant majeur: (perte d'un être cher, divorce, changement de carrière, maladie grave, etc.)



**Allergies / réactions** (médicaments, nourriture, alcool, caféine, parfums, fumée, produits nettoyants ou autres):

---

Lire les prochaines questions et noter avec les numéros qui s'appliquent:

- 0** = Jamais consommé
- 1** = Quelques fois par année
- 2** = Quelques fois par mois
- 3** = À toutes les semaines
- 4** = À tous les jours

**DIÈTE**

- |                          |                                       |  |
|--------------------------|---------------------------------------|--|
| ___ Alcool               | 8. ___ Café                           | 16. ___ Sucre raffiné                  |
| ___ Sucrants artificiels | 9. ___ Restauration rapide            | 17. ___ Vitamines et minéraux          |
| ___ Bonbons              | 10. ___ Friture                       | 18. ___ Eau distillée                  |
| ___ Boissons gazeuses    | 12. ___ Margarine                     | 19. ___ Eau du robinet                 |
| ___ Tabac à chiquer      | 13. ___ Lait / Fromage / Yogourt      | 20. ___ Eau embouteillée               |
| ___ Cigarettes           | 14. ___ Thé                           | 21. ___ Diètes fréquentes (oui ou non) |
| ___ Cigares / Pipe       | 15. ___ Farine blanchie / Pâtisseries |  |

**STYLE DE VIE**

- \_\_\_ Exercice (**3** = 5 fois et + / sem., **2** = 2 à 4 fois / sem., **1** = 1 fois / sem., **0** = aucun)
- \_\_\_ Stress (**3** = intense / chronique, **2** = modéré, **1** = léger / occasionnel, **0** = aucun)
- \_\_\_ Changement d'emploi (**3** = 2 derniers mois, **2** = 6 derniers mois, **1** = dernière année)
- \_\_\_ Divorce (**3** = 6 derniers mois, **2** = dernière année, **1** = 2 dernières années, **0** = jamais)
- \_\_\_ Travail plus de 40 heures / sem. (**3** = toujours, **2** = en général, **1** = parfois, **0** = jamais)

**MÉDICATION (au cours du dernier mois)**

- |                           |                         |                              |
|---------------------------|-------------------------|------------------------------|
| ___ Antibiotiques         | ___ Anovulants          | ___ Laxatifs                 |
| ___ Anticonvulsants       | ___ Chimiothérapie      | ___ Drogues occasionnelles   |
| ___ Antidépresseurs       | ___ Cortisone           | ___ Rx pour dormir           |
| ___ Antifongique          | ___ Insuline            | ___ Rx pour la thyroïde      |
| ___ Aspirine / Ibuprofène | ___ Diurétiques         | ___ Tylenol / Acétaminophène |
| ___ Pompe pour l'asthme   | ___ Rx pour la pression | ___ Antiacides               |
| ___ Bêta bloquant         | ___ Thérapie hormonale  | <b>Autre(s):</b> _____       |



Lire les questions suivantes et encercler le numéro qui s'applique :

**0** = Rien à signaler

**1** = Symptômes mineurs (1 fois / mois ou moins)

**2** = Symptômes modérés (1 fois / semaine)

**3** = Symptômes sévères (tous les jours)

### SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL SUPÉRIEUR

Gaz juste après les repas ou 1h après	0 1 2 3	Ongles qui cassent facilement	0 1 2 3
Reflux acide	0 1 2 3	Anémie ne répondant pas au fer	0 1 2 3
Je suis végétarien	Non Oui	Diarrhée chronique	0 1 2 3
Difficulté à respirer	0 1 2 3	Diarrhée juste après les repas	0 1 2 3
Perte de goût	0 1 2 3	Selles noires	0 1 2 3
Je me sens trop plein(e) après les repas	0 1 2 3	Aliments non-digérés dans les selles	0 1 2 3
Somnolence après les repas	0 1 2 3		

### FOIE ET VÉSICULE BILIAIRE

Douleur entre les omoplates	0 1 2 3	Vomissements après avoir bu du vin	0 1 2 3
Brûlements d'estomac après repas gras	0 1 2 3	Intoxication facile après avoir bu	0 1 2 3
Selles grasses / luisantes	0 1 2 3	Historique d'abus de drogue / alcool	Non Oui
Nausées	0 1 2 3	Historique d'hépatite	Non Oui
Mal des transports	0 1 2 3	Douleur sous la cage thoracique droite	0 1 2 3
Histoire de nausées matinales	Non Oui	Hémorroïdes	0 1 2 3
Selles pâles ou blanches	0 1 2 3	Consommation d'aspartame	0 1 2 3
Peau sèche	0 1 2 3	Fibromyalgie chronique	0 1 2 3
Céphalée au-dessus des yeux	0 1 2 3		
Crise de vésicule biliaire	0 1 2 3		
Vésicule biliaire enlevée	Non Oui		
Goût amer en bouche après les repas	0 1 2 3		

### PETIT INTESTIN

Allergies alimentaires	0 1 2 3	Rythme cardiaque augmente après repas	0 1 2 3
Gaz 1 à 2 heures après les repas	0 1 2 3	Constipation / diarrhée alternées	0 1 2 3
Aliment précis provoque fatigue / gaz	0 1 2 3	Sensibilité au blé ou à des grains	0 1 2 3

### GROS INTESTIN

Prise d'antibiotiques pour une période de : 1=< 1 mois 2=< 3 mois 3 => 3 mois	0 1 2 3	Syndrome du côlon irritable	0 1 2 3
Historique de parasites	Non Oui	Sang dans les selles	0 1 2 3
		Mucus dans les selles	0 1 2 3
		Crampes dans le bas de l'abdomen	0 1 2 3

### BESOINS EN MINÉRAUX

Trouble tunnels carpiens	Non Oui	Crampes musculaires au repos	0 1 2 3
Historique fracture de stress	Non Oui	Historique d'hernie discale	Non Oui
Perte de densité osseuse	0 1 2 3	Raideurs matinales	0 1 2 3
Nausées / Vomissements	0 1 2 3		
Anémie (faible taux de globules rouges)	0 1 2 3		



## GLYCÉMIE

Appétit sans fond	0	1	2	3
Rage de café l'après-midi	0	1	2	3
Fatigue soulagée par la nourriture	0	1	2	3
Maux de tête si saute un repas	0	1	2	3

Irritabilité lorsque saute un repas	0	1	2	3
Tremblements si saute un repas	0	1	2	3
Membre de la famille atteint de diabète	0	1	2	3
Soif fréquente	0	1	2	3
Urines fréquentes	0	1	2	3

## HORMONES

Développement sexuel physique précoce (< 10ans)	Non	Oui		
Soif anormale	0	1	2	3
Gain de poids autour des hanches / taille	0	1	2	3

Développement sexuel physique tardif (>13 ans)	Non	Oui		
Tendance aux ulcères gastriques	0	1	2	3

## THYROÏDE

Allergie à l'iode	0	1	2	3
Difficulté à prendre du poids	0	1	2	3
Tremblements intérieurs	0	1	2	3
Visage rougissant facilement	0	1	2	3
Pouls au repos élevé (>100)	0	1	2	3
Intolérance à la chaleur	0	1	2	3
Difficulté à perdre du poids	0	1	2	3

Manque de motivation	0	1	2	3
Fatigue durant le jour	0	1	2	3
Mains / Pieds froids	0	1	2	3
Constipation / Problèmes digestifs	0	1	2	3
Perte de cheveux	0	1	2	3
Maux de tête au réveil qui s'estompent	0	1	2	3

## POUR LES HOMMES

Problèmes de prostate	0	1	2	3
Difficulté à uriner	0	1	2	3
Difficulté à initier et arrêter le jet d'urine	0	1	2	3
Douleur / Brûlure en urinant	0	1	2	3
Perte d'urine nocturne	0	1	2	3
Interruption du jet en urinant	0	1	2	3

Douleur interne des jambes / talons	0	1	2	3
Sensation d'avoir fait des selles incomplètes	0	1	2	3
Fonction sexuelle diminuée	0	1	2	3
Histoire de ITS-MTS	Non	Oui		

## POUR LES FEMMES

Dépression pendant les menstruations	0	1	2	3
Syndrome prémenstruel	0	1	2	3
Menstruations abondantes	0	1	2	3
Cycle irrégulier	0	1	2	3
Endométriose	0	1	2	3

Fibromes utérins	0	1	2	3
Bosse(s) au(x) sein(s)	0	1	2	3
Sueurs nocturnes (pendant la ménopause)	0	1	2	3
Grossesse actuelle	Non	Oui		
Désordres menstruels	0	1	2	3

## DÉCLARATION POUR TOUS

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et je consens à subir les examens nécessaires.

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



## Politique d'annulation de rendez-vous

Il est de votre responsabilité de vous présenter à votre rendez-vous

Veillez noter que les confirmations par courriel ou par téléphone ne sont qu'un aide-mémoire pour vos rendez-vous. Si vous ne pouvez vous présenter à un rendez-vous ou que vous prévoyez un retard de quelques minutes, appelez-nous pour nous en avertir.

Des frais d'annulation de 25.00\$ seront facturés à tout client qui ne se présente pas à son rendez-vous ou qui l'annule dans un délai de 24 heures ou moins (excluant les fins de semaine et les jours fériés).

Ce délai nous offre la possibilité d'attribuer la plage horaire ainsi libérée à un autre patient.

Nous vous remercions de votre compréhension.

---

Nom en lettres moulées

---

Signature

---

Date

