



# Simply Chiropractic

**Téléphone : 613-520-0123**

Nom de famille :		Prénom :	
Date de naissance	Jour / Mois / Année	Ville :	Province :
Adresse :		Code postale :	
Courriel :		Tél./ cellulaire :	
Tél./maison		Tél./ travail :	
Référé par :		Occupation :	

Nom du conjoint / Conjointe : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_ Âge des enfants : \_\_\_\_\_

Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_ Plan familial  Plan individuel

## CONDITION DE VOTRE SANTÉ PRÉSENTEMENT

Écrivez vos principaux malaises par ordre d'importance selon la raison de votre consultation :

1. \_\_\_\_\_ Depuis \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Depuis \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Depuis \_\_\_\_\_

Est-ce que cette douleur est répandue ? Non  Oui  où ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des engourdissements ? Non  Oui  où ? \_\_\_\_\_

Est-ce que certains mouvements ou positions aggravent votre douleur ? Non  Oui

Assis  Debout  Penché  Couché  Autre(s) \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà consulté pour cette condition, autre qu'un chiropraticien? Non  Oui

Si oui par qui? \_\_\_\_\_

Type de traitement : \_\_\_\_\_ Quels ont été les résultats? \_\_\_\_\_

**Soins chiropratiques antérieurs** Non  Oui

Nom du chiropraticien : \_\_\_\_\_ Date du dernier traitement : \_\_\_\_\_

### Médicaments que vous prenez en ce moment

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Analgésique          | <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoires                | <input type="checkbox"/> Hormones                |
| <input type="checkbox"/> Relaxants musculaire | <input type="checkbox"/> Tranquillisant pour l'hypertension | <input type="checkbox"/> Pilule contraceptive    |
| <input type="checkbox"/> Anti-douleurs        | <input type="checkbox"/> Insuline                           | <input type="checkbox"/> Autres/précisez : _____ |

Position du sommeil Dos  Ventre  Côté

### Accidents / Chutes majeures /Coma

- |   |            |            |
|---|------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Accident d'automobile        | Date _____ | Date _____ |
| <input type="checkbox"/> Chutes majeures              | Date _____ | Date _____ |
| <input type="checkbox"/> Commotion cérébrale/<br>Coma | Date _____ | Date _____ |
| <input type="checkbox"/> Positions répétitives        | _____      |            |

# CONDITION DE VOTRE SANTÉ ANTÉRIEUREMENT

**Veillez cocher  si vous souffrez ou avez déjà souffert de ses maux et maladies**

- |  |   |                                     |                                 |
|--|---|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pneumonie         | <input type="checkbox"/> Troubles thyroïdiens | <input type="checkbox"/> Diabète    | <input type="checkbox"/> Anémie |
| <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatoïde | <input type="checkbox"/> Tuberculose          | <input type="checkbox"/> Cancer     | <input type="checkbox"/> Polio  |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie         | <input type="checkbox"/> Arthrite             | <input type="checkbox"/> Alcoolisme |                                 |

### CHIRURGIE MAJEURE OPÉRATION CHIRURGICALE/ HOSPITALISATIONS

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Appendicite | <input type="checkbox"/> Vésicule biliaire | <input type="checkbox"/> Opération au dos        |
| <input type="checkbox"/> Amygdale    | <input type="checkbox"/> Hystérectomie     | <input type="checkbox"/> Autres-Précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Fractures   |  |  |

### MUSCULAIRE -SQUELETTIQUE

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Douleur bas du dos | <input type="checkbox"/> Douleur entre les épaules | <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires/raideurs/enflures |
| <input type="checkbox"/> Douleurs aux bras  | <input type="checkbox"/> Nerf sciatique            | <input type="checkbox"/> Mains et pieds froids                   |
| <input type="checkbox"/> Douleur au cou     | <input type="checkbox"/> Scoliose                  | <input type="checkbox"/> Bursite                                 |
| <input type="checkbox"/> Problème à marcher | <input type="checkbox"/> Raideurs en général       |  |

### SYSTÈME NERVEUX

- |  |  |                                     |   |
|--|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nervosité       | <input type="checkbox"/> Étourdissement/ vertige | <input type="checkbox"/> Stress     | <input type="checkbox"/> Dépression/confusion |
| <input type="checkbox"/> Engourdissement | <input type="checkbox"/> Convulsion              | <input type="checkbox"/> Paralyisie |   |

### GÉNÉRAL

- |                                       |  |   |   |
|---------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergies    | <input type="checkbox"/> Insomnie            | <input type="checkbox"/> Sinusite         | <input type="checkbox"/> Mauvaise circulation |
| <input type="checkbox"/> Fatigue      | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique | <input type="checkbox"/> Asthme           |   |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Migraine            | <input type="checkbox"/> Fièvre des foins |   |

### GASTRO-INTESTINAL

- |   |   |                                      |   |
|---|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diarrhée chronique | <input type="checkbox"/> Hémorroïdes        | <input type="checkbox"/> Indigestion | <input type="checkbox"/> Nausée fréquente |
| <input type="checkbox"/> Problème de foie   | <input type="checkbox"/> Vésicule biliaires | <input type="checkbox"/> Ulcères     |   |

### GÉNITO-URINAIRES

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Douleur-urinaire/excessive | <input type="checkbox"/> Incontinence |
|---|---------------------------------------|

### YEUX/OREILLES/ NEZ/GORGE

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bourdonnements | <input type="checkbox"/> Acouphène |
| <input type="checkbox"/> Otite          | <input type="checkbox"/> Surdité   |

### CARDIO-VASCULAIRE

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine | <input type="checkbox"/> Phlébite               | <input type="checkbox"/> Basse pression/ hypertension         |
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine    | <input type="checkbox"/> Poumon congestionnés   | <input type="checkbox"/> Palpitations/ tachycardie / arythmie |
| <input type="checkbox"/> Infarctus             | <input type="checkbox"/> Enflures aux chevilles | <input type="checkbox"/> Souffle court                        |

### ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Non    Oui    Père    mère    Sœur    Frère    Grand-parent    Autre \_\_\_\_\_

### FEMME SEULEMENT

Date de vos dernières menstruations : \_\_\_\_\_ Etes-vous enceinte :    Oui    Non    Peut-être

- |  |   |   |              |
|--|---|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Syndrome menstruel      | <input type="checkbox"/> Douleur aux seins    | <input type="checkbox"/> Bosses aux seins     | M.T.S. _____ |
| <input type="checkbox"/> Flux menstruel excessif | <input type="checkbox"/> Pas de menstruation  | <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleurs | Sida         |
| <input type="checkbox"/> Cycle irrégulier        | <input type="checkbox"/> Crampes menstruelles | <input type="checkbox"/> Vaginites            | Autre _____  |

### HOMMES SEULEMENT

- |   |   |              |
|---|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Troubles érectiles | <input type="checkbox"/> Problème de prostate | M.T.S. _____ |
|---|---|--------------|

*Selon l'ordre des chiropraticiens du Québec; article. 3.07.01 du code de déontologie :*

1. Les originaux du dossier d'un patient, y compris les radiographies sont la propriété du chiropraticien.
2. La loi oblige le chiropraticien à conserver tous les originaux de tous les dossiers durant une période de 5 ans.

\_\_\_\_\_  
*Signature du patient(e)/ curateur*

\_\_\_\_\_  
*Date*

