



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 maux 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/
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

