



La Santé en Soi

Centre chiropratique holistique
714, rue King Est, suite 210
Sherbrooke (Qc) J1G 1C4
819 791-1337

Identification

S'il vous plaît, remplir à l'encre

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : jour / mois / année Âge : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : maison : _____ travail : _____

cellulaire : _____ autre : _____

Peut-on laisser un message à ces numéros? _____

Courriel : _____

Occupation : _____

État civil : célibataire en couple marié divorcé / séparé veuf

Nombre d'enfant(s) : _____

Comment avez-vous entendu parler de La Santé en Soi?

Par ma famille / mes amis (nom : _____)

Par un professionnel de la santé (nom : _____)

Publicité postale Pages Jaunes

Autre : _____

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien? oui non

Quel est son nom? _____

À quel sujet? _____

À quand remonte le dernier ajustement? _____

Avez-vous un médecin de famille? oui non

Quel est son nom? _____

Tarifs

Enfant / étudiant (temps plein, 25 ans et moins) Rencontre initiale : 40 \$ Ajustements : 30 \$

Adulte Rencontre initiale : 50 \$ Ajustements : 40 \$

La rencontre initiale ne comprend habituellement pas d'ajustement. Radiographies en sus.

J'autorise La Santé et Soi à utiliser, de façon anonyme et confidentielle, les informations de mon dossier à des fins de recherche ou d'éducation. oui non

Signature : _____ date : _____



La Santé en Soi

Centre chiropratique holistique
714, rue King Est, suite 210
Sherbrooke (Qc) J1G 1C4
819 791-1337

Motif de consultation

S'il vous plaît, remplir à l'encre

Nom : _____

Ne rien écrire dans les carrés gris

date : _____

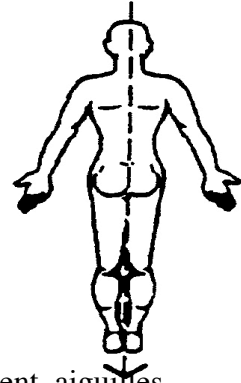
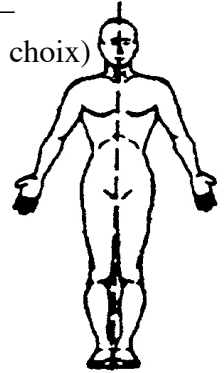
Pour quelle(s) raison(s) consultez-vous à La Santé en Soi? (cochez un ou plusieurs choix)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> pour soulager une douleur | <input type="checkbox"/> pour corriger une problématique |
| <input type="checkbox"/> pour des soins préventifs | <input type="checkbox"/> pour des soins de mieux-être |
| <input type="checkbox"/> autre : _____ | |

Où se situe votre douleur? _____

Quand a-t-elle commencée? _____

Comment a-t-elle commencée? _____



Quel est l'intensité de votre douleur? (faire un X sur la ligne)

Aucune douleur - 0 _____ 10 + Douleur extrême

Quel mot décrit le mieux votre douleur? (par exemple : raideur, brûlure, élancement, aiguilles, couteau, etc.) _____

Combien de fois par semaine ressentez-vous votre douleur? _____

Comment se comporte votre douleur dans une journée typique? _____

Qu'est-ce qui aggrave votre douleur (activité, posture, mouvements, etc.)?

Qu'est-ce qui soulage votre douleur (médication, chaleur/froid, posture, mouvement)?

Est-ce qu'il y a d'autres symptômes ou d'autres problématiques qui vous semblent liés à votre condition? _____

Suite au verso

Est-ce la première fois que vous ressentez ce genre de douleur?

Avez-vous consulté un autre professionnel de la santé pour cette condition?

Avez-vous déjà eu une blessure ou un accident près de l'endroit de votre douleur?

Est-ce qu'il y a d'autres problèmes dont vous souhaitez nous parler?

J'affirme que les informations précédentes sont complètes et exactes.

Signature : _____ date : _____

Signature : _____ date : _____



La Santé en Soi

Centre chiropratique holistique
714, rue King Est, suite 210
Sherbrooke (Qc) J1G 1C4
819 791-1337

Historique de Santé

Prénom : _____ Nom : _____

Antécédents personnels

Êtes-vous atteints de maladies ou de problématiques de santé, diagnostiquées ou non, présentes ou passées? _____

Prenez-vous des médicaments (vente libre, ordonnance et contraception)?

Si oui, lesquels et pourquoi? _____

Avez-vous déjà été hospitalisé? (année, durée, raison)

Avez-vous déjà subi des chirurgies? (année, endroit, raison)

Avez-vous déjà subi un accident, une chute, un traumatisme ou une blessure?

Si oui, quand? _____

Antécédents familiaux

Est-ce que vos parents ont des maladies connues?

Père : _____

Mère : _____

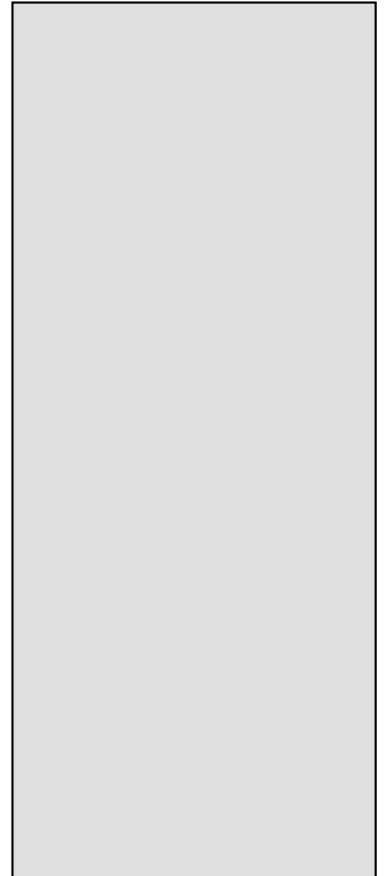
Est-ce que vos grands-parents ont des maladies connues?

Paternels : _____

Maternels : _____

Revue des systèmes Cochez les symptômes qui vous sont familiers :

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Point au coeur | <input type="checkbox"/> Faim/soif excessive | <input type="checkbox"/> Douleur au cou |
| <input type="checkbox"/> Perte/gain de poids | <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires | <input type="checkbox"/> Hypoglycémie | <input type="checkbox"/> Douleur au dos |
| <input type="checkbox"/> Fatigue importante | <input type="checkbox"/> Extrémité froide | <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Orthèses plantaires |
| <input type="checkbox"/> Haute/basse pression | <input type="checkbox"/> Enflure/œdème | <input type="checkbox"/> Trouble urinaires | <input type="checkbox"/> Anorexie/boulimie |
| <input type="checkbox"/> Étourdissement/vertige | <input type="checkbox"/> Trouble pulmonaire | <input type="checkbox"/> Miction douloureuse | <input type="checkbox"/> Insomnie |
| <input type="checkbox"/> Évanouissement | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Maladie héréditaire |
| <input type="checkbox"/> Anxiété/dépression | <input type="checkbox"/> Toux chronique | <input type="checkbox"/> MTS (présente ou passée) | <input type="checkbox"/> Anomalie congénitale |
| <input type="checkbox"/> Tremblements | <input type="checkbox"/> Troubles rénaux | <input type="checkbox"/> Troubles de la prostate | <input type="checkbox"/> Ostéoporose |
| <input type="checkbox"/> Troubles oculaires | <input type="checkbox"/> Trouble digestif | <input type="checkbox"/> Problèmes de peau | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Démangeaisons | <input type="checkbox"/> Allergie |
| <input type="checkbox"/> Accouphènes | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Psoriasis/eczéma | |
| <input type="checkbox"/> Maux d'oreille | <input type="checkbox"/> Hémorroïdes | <input type="checkbox"/> Troubles thyroïdiens | <input type="checkbox"/> Douleur menstruelles |
| <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents | <input type="checkbox"/> Nausée/vomissement | <input type="checkbox"/> Arthrite/arthrose | <input type="checkbox"/> Ménopause |
| <input type="checkbox"/> Sinusite | <input type="checkbox"/> Sang dans les selles | <input type="checkbox"/> Sclérose | Êtes-vous enceinte? |
| <input type="checkbox"/> Maux de gorge | <input type="checkbox"/> Sang dans les urines | <input type="checkbox"/> Tendinite/bursite | <input type="checkbox"/> oui |
| <input type="checkbox"/> Trouble cardiaque | <input type="checkbox"/> Troubles du foie | <input type="checkbox"/> Raideur | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Palpitation | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Engourdissement | <input type="checkbox"/> peut-être |



Mode de vie

Quelle est votre consommation quotidienne moyenne de :

Fruits : _____ Légumes : _____ Viande : _____ Volaille : _____ Poisson : _____
Légumineuses : _____ Produits céréaliers et féculents (pain, patate, maïs, etc.) : _____
Eau : _____ Boisson gazeuse : _____ Café/thé : _____ Alcool : _____
Repas au restaurant : _____ / semaine Repas préparés : _____ / semaine
Fumez-vous? oui non Si oui, _____ paquets par jour ou _____ paquets par semaine
Consommez-vous d'autres drogues? oui non Substance et fréquence : _____
Faites-vous de l'activité physique? oui non Combien de fois par semaine? _____
Combien d'heures par nuit dormez-vous? _____ Dans quelle position? _____
Vous sentez-vous reposé à votre réveil? oui non

Stress

Notre mode de vie fait en sorte que nous sommes exposés à une multitude de stress dans notre vie de tous les jours. Ces stress peuvent avoir un impact sur notre santé.

À quels stress physiques êtes-vous exposés? (cochez ce qui s'applique)

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mauvaise posture | <input type="checkbox"/> Accidents | <input type="checkbox"/> Obésité |
| <input type="checkbox"/> Mouvements répétitifs | <input type="checkbox"/> Inactivité physique | <input type="checkbox"/> Vibrations |
| <input type="checkbox"/> Posture prolongée | <input type="checkbox"/> Manque de sommeil | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Chutes | <input type="checkbox"/> Opérations | |

À quels stress chimiques êtes-vous exposés?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pollution | <input type="checkbox"/> Café | <input type="checkbox"/> Tabac / drogue |
| <input type="checkbox"/> Alimentation inadéquate | <input type="checkbox"/> Boisson gazeuse | <input type="checkbox"/> Médicament |
| <input type="checkbox"/> <i>Fast Food</i> | <input type="checkbox"/> Boisson énergétique | <input type="checkbox"/> Produits toxiques |
| <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Déshydratation | <input type="checkbox"/> Autres : |

À quels stress psychologiques êtes-vous exposés?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stress au travail | <input type="checkbox"/> Déménagement | <input type="checkbox"/> Abus physique |
| <input type="checkbox"/> Stress à la maison | <input type="checkbox"/> Séparation / divorce | <input type="checkbox"/> Abus psychologique |
| <input type="checkbox"/> Examen / étude | <input type="checkbox"/> Changement d'emploi | <input type="checkbox"/> Maladie grave |
| <input type="checkbox"/> Manque de sommeil | <input type="checkbox"/> Perte d'emploi / chômage | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Manque de temps | <input type="checkbox"/> Dépression / Burn-out | |

Implication personnelle

Qu'êtes-vous prêts à faire pour votre santé?

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Voir mon chiropraticien | <input type="checkbox"/> M'hydrater | <input type="checkbox"/> Modifier mon alimentation |
| <input type="checkbox"/> Faire des exercices posturaux ou autres | | <input type="checkbox"/> Faire de l'activité physique |
| <input type="checkbox"/> Modifier mon environnement de façon ergonomique | | <input type="checkbox"/> Gérer mon stress |

Les informations contenues dans ce formulaire sont exactes et complètes.

Votre chiropraticien s'engage à respecter la confidentialité de vos renseignements

Signature : _____ date : _____