

Dossier Personnel

Soulagement Temporaire Correction Durable au choix du chiropraticien

Date: _____

Nom: _____ Prénom: _____ Sexe : _____

Adresse: _____ Appartement: _____

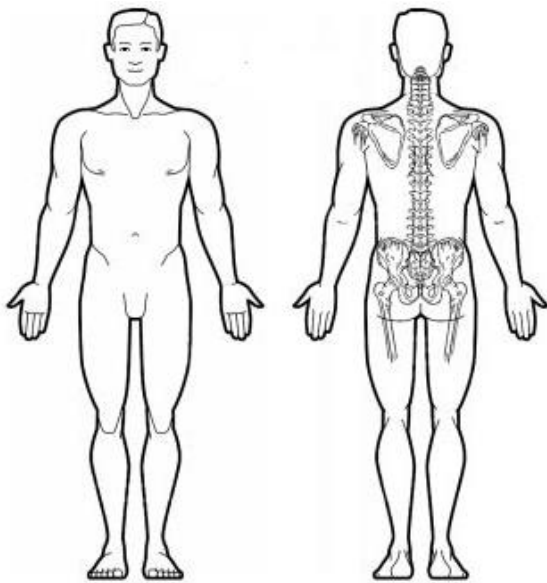
Ville: _____ Code postal: _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

Date de naissance: _____ Age: _____ Occupation: _____

Grandeur: _____ Poids: _____ Recommandé par: _____

Encerclez ci-dessous le ou les endroits où vous ressentez de la douleur (sensibilité) et des tensions.



Problème principal

Problème(s) secondaire(s)

Quand a-t-il commencé?

Quelle en est la cause? _____

Avez-vous déjà eu ce problème avant? _____

Est-ce que certains mouvements ou certaines positions
aggravent votre douleur? _____

Avez-vous d'autres problèmes de santé ou d'autres douleurs?

Avez-vous déjà subi des opérations? _____

Avez-vous déjà eu un accident d'auto? Si oui quand? _____

Votre problème est-il relié à un accident, à une chute ou à une autre cause? _____

Prenez-vous des médicaments? Oui Non

Antidépresseurs Antidouleur Relaxant musculaire Anti-inflammatoire

Anovulant Autre: _____

Prenez-vous des vitamines actuellement? Oui Non

Si oui, lesquelles? _____

Avez-vous déjà reçu des soins chiropratiques? Oui Non Quel a été le résultat des traitements? Bon Moyen Nul

Sommeil Heures de sommeil par nuit en moyenne _____ Position de sommeil : dos ventre côté

Antécédents familiaux (problème cardiaque, diabète, cancer, arthrite, problème thyroïde, cholestérol élevé, AVC, etc.)

Mère : _____

Père : _____

Frères/sœurs : _____

Grands-parents : _____

Cochez les symptômes que vous ressentez ou les problèmes de santé vécus.

Général

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Gain de poids | <input type="checkbox"/> Perte de poids inexplicquée |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Autre problème psychologique |

Neurologique

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Étourdissements/Vertiges | <input type="checkbox"/> Perte de mémoire | <input type="checkbox"/> Difficulté à parler | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Évanouissement | <input type="checkbox"/> Mal de tête | <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Difficulté à marcher |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Faiblesse | <input type="checkbox"/> Tremblements |

Musculo-squelettique

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Blessure à la tête |
| <input type="checkbox"/> Douleur au cou | <input type="checkbox"/> Douleur au dos | <input type="checkbox"/> Hernie discale | <input type="checkbox"/> Scoliose |

Endocrinien

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Problème de glande thyroïde | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Autre problème hormonal |
|--|----------------------------------|--|

ORL

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trouble de vision | <input type="checkbox"/> Vision double | <input type="checkbox"/> Perte d'audition | <input type="checkbox"/> Acouphène |
| <input type="checkbox"/> Douleur à l'oreille | <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Troubles buccaux | <input type="checkbox"/> Saignement de nez |

Respiratoire

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire | <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine |
|---------------------------------|-------------------------------|--|--|

Autre

- | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Embolie | <input type="checkbox"/> Infarctus | <input type="checkbox"/> Arythmie | <input type="checkbox"/> Diarrhée |
| <input type="checkbox"/> Haute pression | <input type="checkbox"/> Basse pression | <input type="checkbox"/> Cholestérol élevé | <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Constipation |
| <input type="checkbox"/> Brûlement d'estomac | <input type="checkbox"/> Ulcères | <input type="checkbox"/> Difficulté à uriner | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Gaz |

Homme

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problèmes de prostate | <input type="checkbox"/> Trouble érectile | <input type="checkbox"/> Problème testiculaire |
|--|---|--|

Femme

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleur | <input type="checkbox"/> Règles absentes | <input type="checkbox"/> Règles irrégulières | <input type="checkbox"/> Règles douloureuses |
| <input type="checkbox"/> Douleur aux seins | <input type="checkbox"/> Ménopause | <input type="checkbox"/> Infertilité | |

Êtes-vous enceinte? _____ Si oui, quelle est la date prévue d'accouchement? _____

Par la présente, j'autorise 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 après l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée mais il est important de les mentionner au chiropraticien lors de votre prochaine visite.

N.B. : Les soins chiropratiques, même s'ils sont couverts par une assurance, sont payables à chaque visite. Si votre compagnie d'assurance défraie en tout ou en partie vos soins chiropratiques, nous vous remplirons votre réclamation avec précision afin de vous assurer de recevoir les bénéfices auxquels vous avez droit. Les radiographies demeurent la propriété de la clinique.

Signature: _____