

Politiques du Centre Chiropratique Neufchâtel

1. Le contenu de votre dossier et des conversations faites avec la docteur demeurent en tout temps confidentiels. L'original de
2. votre dossier (incluant les radiographies) est la propriété du Centre Chiropratique Neufchâtel. Par contre, en tout temps vous aurez le droit de consulter votre dossier, mais ce dernier doit demeurer dans la clinique et aucune copie partielle ou totale ne peut être faite sans votre consentement, sauf pour avis externe d'un spécialiste.
3. Les stationnements pour le Centre Chiropratique Neufchâtel sont situés à l'avant du bâtiment sur la rue André-Morin.
4. **En période hivernale, nous vous demandons de bien vouloir retirer vos bottes et de porter nos jolies pantoufles. Merci!**
5. Les paiements: Les radiographies, les examens et les soins chiropratiques sont payables à chaque visite, à moins qu'un autre arrangement ait été fait au préalable. Les paiements sont acceptés en argent comptant, par paiement direct ou par carte de crédit. **Aucun chèque ne sera accepté. Aucun crédit ne sera accordé.**
6. Si vous devez annuler un rendez-vous, nous vous demandons de le faire dans les 24 heures précédant celui-ci. Dans le cas d'une annulation sans préavis de 24 heures, des frais d'annulation de 25.00\$ vous seront facturés.
7. Si vous avez des interrogations ou des commentaires sur nos politiques, veuillez vous adresser à votre docteur.
8. Voici nos tarifs professionnels:

• Ouverture de dossier et Examen physique complet	45.00\$
• Radiographies (colonne complète)	140.00\$
• Radiographie à l'unité	Variable
• Ajustement chiropratique	70.00\$
• Ajustement enfant 18 ans et moins	65.00\$
• Ajustement urgence	80,00\$

Merci de votre collaboration et de votre compréhension!

Votre équipe chiropratique.

Ouverture de dossier

Nom : _____

Date de naissance : _____
jj / mm / aaaa

Âge : _____

Adresse : _____
No Rue App

Ville: _____

Code postal: _____

Téléphone : Rés. _____ .
Cell. _____ .

Sexe : Femme Homme Autres

Occupation : _____

Email: _____

Si 14 ans ou moins:

Nom parent : _____

Téléphone : _____

Qui devons-nous remercier pour vous avoir référé à notre clinique? _____

Où avez-vous obtenu le nom de la clinique?

Internet Journal

Ami/parent Collègue

Autres: _____

Docteur assignée:

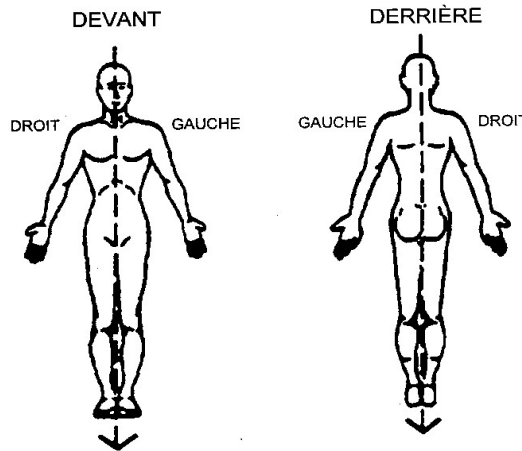
Dre Carolyne Gagné, Chiropraticienne

Date : _____

Raison de consultation

1. Quelle est la raison principale de consultation ?
2. Depuis quand avez-vous ce problème ?
Semaines _____ Mois _____ Années _____
3. Combien de fois par semaine cela vous incommode ?
1 2 3 4 5 6 7
4. Est-ce la première fois que ce problème vous affecte ?
Oui Non
5. Ce problème a commencé ...
6. Quelle est l'intensité de la douleur sur une échelle de 1 à 10 ? (10 étant le plus douloureux)
7. La douleur est la plus intense ...
Le matin Le soir La nuit
Autre : _____
8. Votre problème semble ...
S'aggraver S'améliorer Rester stable

8. Où se situe votre douleur ? Localisez la sur le schéma suivant;



Histoire chiropratique

1. Avez-vous déjà consulté un chiropraticien ?
Oui Non
Si oui, son nom : _____
Date de la dernière visite : _____
2. Quel type de soin avez-vous reçu ?
Soulagement
Corrections
Prévention

Historique médical

1. Avez-vous déjà été hospitalisé ? Oui Non
Si oui,
pour **opération(s)**

pour **fracture(s)**

pour **maladie(s)**
2. Prenez-vous actuellement ...
des médicaments prescrits ou non ?
Oui Non
lesquels ?

des vitamines? Oui Non
lesquelles ?

des remèdes homéopathique? Oui Non
lesquels ?
3. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?
Oui Non
Nom de votre médecin : _____
Clinique : _____

Revue des systèmes

Nom du patient:

Système respiratoire:

Oui Non

Trouble de respiration
Malformation du thorax
Sensibilité au thorax
Toux productive

Toux sanguinolente

Cyanose
Douleur à l'estomac
Toux sèche, rauque

Cillements / râles
Souffle court
Hyperventilation
Asthme

Syst. musculo-squelettique:

Oui Non

Arthrite
Bursite
Trouble aux pieds/chevilles
Hernie

Douleur au dos
Douleur au cou
Tendinite
Engourdissement

Douleur aux mains / coudes
Douleur aux hanches
Douleur aux épaules
Sciatique
Douleur à la mâchoire

Système génital masculin:

Oui Non

Incapacité à uriner
Rougeurs péniennes
Hernie inguinale/fémorale

Système cardiaque:

Oui Non

Haute/basse pression
Point au cœur
Mauvaise circulation
Palpitation

Arythmie
Battements lents
Pouls rapide

Évanouissement
Douleur thoracique

Système nerveux:

Oui Non

Maux de tête
Évanouissement
Fatigue
Insomnie

Nervosité
Néuralgie
Transpiration
Tremblements

Perte de mémoire
Irritabilité
Pieds froids

Système oculaire:

Oui Non

Larmoiement
Vue affaiblie
Picotement

Vision double
Douleur
Obstruction visuelle

Peau:

Oui Non

Éruptions cutanées
Érythème
Écailles
Eczéma

Urticaire
Acné
Psoriasis
Verrues
Démangeaisons
Zona

Système glandulaire:

Oui Non

Perte de poids
Intolérance chaud/froid

Peau moite / sèche
Spasmes douloureux
Confusion Ostéoporose

Ecchymoses
Faiblesse musculaire

Soif excessive
Sueurs nocturnes
Diabète

La mâchoire:

Oui Non

Bruxisme
Serrement des dents
Douleur en mastiquant

Claquements
Douleurs faciales
Chirurgie buccale
Douleur aux dents

Système digestif:

Oui Non

Constipation
Diarrhée
Gaz / ballonnements
Colique

Digestion difficile
Brûlement d'estomac
Hémorroïde
Jaunisse

Nausée/vomissement
Faim excessive
Anorexie

La gorge:

Oui Non

Douleur
Amygdalites
Rougeurs

Masse
Troubles du goût
Régurgitation
Difficulté à avaler
Enrouement de la voix

Système urinaire:

Oui Non

Uriner au lit
Sang dans l'urine
Douleur en urinant
Uriner très souvent

Urgence urinaire
Incontinence

Système auditif:

Oui Non

Vertige
Bourdonnement
Troubles d'audition

Douleur
Cillement
Cérumen

Écoulement
Acouphènes
Démangeaison
Étourdissements

Vasculaire:

Oui Non

Pâleur
Rougeur
Bleuissement
Ulcérations

Varices
Peau froide / chaude
Enflure
Douleurs aux extrémités

Système nasal:

Oui Non

Écoulement
Saignement
Infection des sinus
Obstruction

Polypes
Trouble de l'odorat
Douleurs nasales

Section réservée aux femmes

1. Êtes-vous **enceinte** ? Oui Non
2. Vos périodes sont-elles régulières ?
Oui Non
3. Vos périodes sont-elles douloureuses ?
Oui Non
4. Votre flux menstruel est-il abondant ?
Oui Non
5. Vos menstruations sont-elles régulièrement accompagnées de ...
Maux de tête ?
Maux de dos ?
Douleurs abdominale ?
Changement de caractères ?
Autres : _____
6. Combien de grossesses avez-vous eu ? _____
7. Combien d'accouchement avez-vous eu ? _____
8. Vos accouchements ont été ...
Naturels ? Césariennes ? Épidurale ?
9. Utilisez-vous une **méthode de contraception** ?
Oui Non
Si oui, lesquelles : _____
10. Êtes-vous en **ménopause** ?
Oui Non

Informations personnelles

1. Avez-vous déjà eu un accident automobile ?
Oui Non
Si oui, précisez : _____
2. Avez-vous déjà eu une chute ou des blessures ?
Oui Non
Si oui, précisez : _____
3. Indiquez à quelle fréquence vous pratiquez une activité physique ? _____/sem
Énumérez vos activités physiques : _____
4. Dans quelle position dormez-vous ?
Sur le dos Sur le ventre Sur le côté
5. Utilisez-vous un oreiller orthopédique pour dormir ?
Oui Non
6. Nombre d'heures de sommeil ? _____ h
7. Est-ce que vous-avez une bonne alimentation ?
Oui Non
8. Est-ce que vous avez des allergies ? Oui Non
Si oui, précisez : _____
9. Est-ce que vous consommez...
Du tabac : Oui Non
Quantité et fréquence : _____
De la caféine: Oui Non
Quantité et fréquence : _____
De l'alcool: Oui Non
Quantité et fréquence : _____
10. Avez-vous des enfants ?
Oui Non
Si oui, combien ? _____ Âge : _____
11. Est-ce qu'il y a des antécédents familiaux dans votre famille (cancer, cholestérol, hypertension, diabète, arthrite, maladie cardiaque ou pulmonaire...)
Oui Non
Si oui, lesquels et quels membres de votre famille: _____

Nom du patient:

Dre Carolyne Gagné, Chiropraticienne

Section consentement à l'examen

J'autorise par la présente 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 suite à l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée, mais il est important de les mentionner au chiropraticien à votre prochaine visite.

Signature du patient ou de la personne responsable : _____

Date : _____