

# Politiques du Centre Chiropratique Neufchâtel

1. Le contenu de votre dossier et des conversations faites avec les docteur(e)s demeurent en tout temps confidentiels.
2. L'original de 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 ou d'un collègue.
3. Les stationnements pour le Centre Chiropratique Neufchâtel sont situés à l'avant de la bâtisse 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 12 à 24 heures précédant celui-ci si cela est possible. Nous sommes très compréhensif, mais, si la situation devient abusive, nous serons dans l'obligation de vous charger le prix du traitement manqué prévu à cette date.
7. Si vous avez des interrogations ou des commentaires sur nos politiques, veuillez vous adresser à votre docteur(e).
8. Voici nos tarifs professionnels:

• Ouverture de dossier et Examen physique complet	35.00\$
• Radiographies (colonne complète)	100.00\$
• Radiographie à l'unité	Variable
• Ajustement chiropratique	55.00\$
• Ajustement étudiant et enfant	50.00\$
• Ajustement urgence	70,00\$

Merci de votre collaboration et de votre compréhension!

Votre équipe chiropratique.

## Ouverture de dossier

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
  jour                mois                année

Âge : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
  No                        Rue                        App

Ville: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone : Rés. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.

Trav. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.

Sexe :  Femme  Homme

Occupation : \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Si 18 ans ou moins:

Nom parent : \_\_\_\_\_

Téléphone au travail: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

**Où avez-vous obtenu le nom de la clinique?**

Pages jaunes                 Journal

Ami/parent                 Publi-sac

Autres: \_\_\_\_\_

**Docteur(e) assigné(e):**

Dre Carlyne Gagné, Chiropraticienne

Date : \_\_\_\_\_

# Raison de consultation

1. Quelle est la raison principale de consultation ?

---

---

---

---

---

2. Depuis quand avez-vous ce problème ?  
Semaine \_\_\_\_\_ 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 Quand ? \_\_\_\_\_

5. Ce problème a commencé ...

---

---

---

---

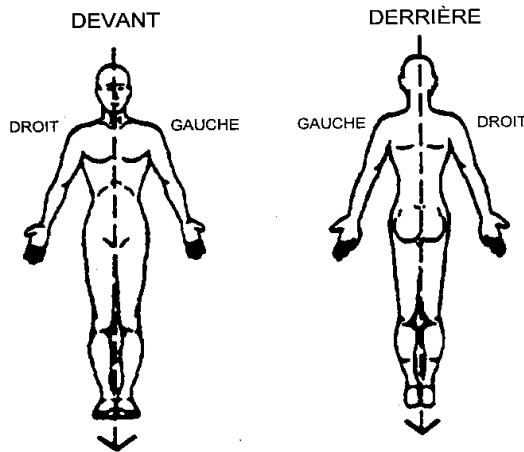
---

6. Quelle est l'intensité de la douleur sur une échelle de 1 à 10 ?  
**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**  
Douleur faible Douleur extrême

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 client:

## Système respiratoire:

	Oui	Non
Trouble de respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformation du thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilité au thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux productive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Toux sanguinolente</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cyanose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux sèche, rauque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cillements / râles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Système cardiaque:

	Oui	Non
Haute/basse pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Point au cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvaise circulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arythmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Battements lents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouls rapide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Peau:

	Oui	Non
Éruptions cutanées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Érythème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Écailles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urticaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verrues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Système digestif:

	Oui	Non
Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaz / ballonnements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digestion difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brûlement d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaunisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausée/vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faim excessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Système auditif:

	Oui	Non
Vertige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bourdonnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles d'audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cérumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Écoulement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acouphènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démangeaison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Syst. musculo-squelettique:

	Oui	Non
<b>Arthrite</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bursite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble aux pieds/chevilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur au dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur au cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendinite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur aux mains / coudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur aux hanches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur aux épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Système nerveux:

	Oui	Non
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Névralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transpiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tremblements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pieds froids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Système glandulaire:

	Oui	Non
Perte de poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance chaud/froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peau moite / sèche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spasmes douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecchymoses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faiblesse musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soif excessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sueurs nocturnes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## La gorge:

	Oui	Non
Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amygdalites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du goût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régurgitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Enrouement de la voix</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vasculaire:

	Oui	Non
Pâleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleuissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcérations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peau froide / chaude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enflure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs aux extrémités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Système génital masculin:

	Oui	Non
Incapacité à uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeurs péniennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernie inguinale/fémorale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Système oculaire:

	Oui	Non
Larmoiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vue affaiblie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picotement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision double	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstruction visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## La mâchoire:

	Oui	Non
Bruxisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serrement des dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur en mastiquant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claquements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs faciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie buccale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur aux dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Système urinaire:

	Oui	Non
Uriner au lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sang dans l'urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur en urinant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uriner très souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Système nasal:

	Oui	Non
Écoulement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection des sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstruction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polypes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de l'odorat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dre Carolyne Gagné, Chiropraticienne

## 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 : \_\_\_\_\_  
Si non, à quel moment du cycle? \_\_\_\_\_
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 ?  
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 : \_\_\_\_\_
11. Avez-vous des enfants ?  
 Oui  Non  
Si oui, combien ? \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_
12. 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 client:

Dre Carolyne Gagné, Chiropraticienne