

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)	120.00\$
• Radiographie à l'unité	Variable
• Ajustement chiropratique	60.00\$
• Ajustement enfant 18 ans et moins	55.00\$
• Ajustement urgence	75,00\$

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 Carolyne 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 ? _____

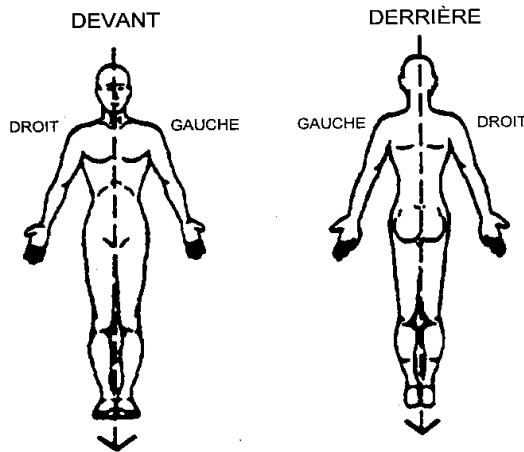
5. Ce problème a commencé ...

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"/>
Toux sanguinolente	<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
Arthrite	<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"/>
Sueurs nocturnes	<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"/>
Enrouement de la voix	<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
Larmolement	<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

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 : _____