



# 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

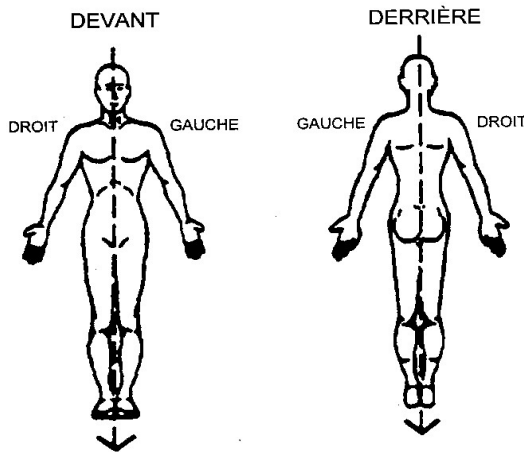
7. La douleur est la plus intense ...

- 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 : \_\_\_\_\_

Dre Carolyne Gagné, Chiropraticienne

# 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"/>
Sciatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à la mâchoire	<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"/>
Diabète	<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"/>

## 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 : \_\_\_\_\_