

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 ? _____

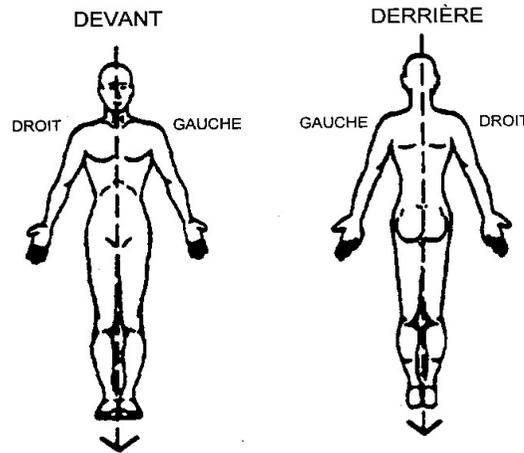
5. Ce problème a commencé ...

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"/>
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"/>
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"/>
Névrалgie	<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"/>
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"/>
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
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 : _____