

## **Formulaire au nouveau patient**

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Tél maison : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ Tél travail : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Occupation : \_\_\_\_\_ Employeur \_\_\_\_\_

### **Comment avez-vous entendu parler de la Chiro Clinique Valleyfield?**

- Professionnel (précisez svp) \_\_\_\_\_  
 Patient à la clinique (précisez svp) \_\_\_\_\_  
 Journal local  
 Annuaire pratique (web ou papier?)  
 Pages jaunes (web ou papier?)  
 Publicité postale  
 Autre (précisez svp) \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien? \_\_\_\_\_

Si oui, à quand remonte votre dernière visite? \_\_\_\_\_

## **Motif de consultation**

Raison pour laquelle vous consultez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vos attentes : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre but est-il de corriger le mieux possible ce problème, et non juste la phase aiguë, même si cela vous demande de changer certaines habitudes de vie? Oui ( ) Non ( )

Si vous souffrez de quelques symptômes, comment les symptômes sont-ils survenus?

- Lentement, avec le temps - cause inconnue  
 Suite à un accident de travail ou maladie professionnelle (CSST)  
 Suite à un accident de la route (SAAQ)  
 Autre cause : \_\_\_\_\_

Depuis quand avez-vous ces symptômes (date)? \_\_\_\_\_

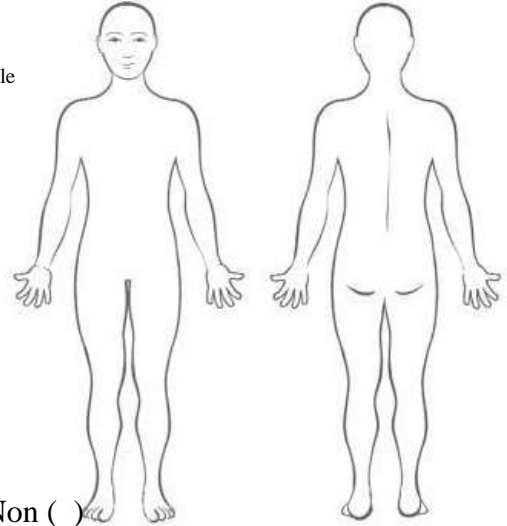
Depuis ce temps, les symptômes :

- Diminuent  
 Augmentent  
 Restent les mêmes

Situez avec un 'X' l'intensité des symptômes ressentis sur la ligne suivante :

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Aucune douleur Douleur intolérable

Marquez les endroits où vous ressentez des douleurs.  
Indiquez les zones d'irritation et la sensation ressentie.



Engourdissements :-----  
Aiguilles : 00000000000000000000  
Brûlures : ++++++  
Sourde/lancinante : xxxxxxxxxxxxxxx  
Aiguë (coup de couteau) : //////////////

Ce problème vous empêche-t-il de travailler? Oui ( ) Non ( )  
de dormir? Oui ( ) Non ( )  
d'exécuter vos tâches quotidiennes? Oui ( ) Non ( )

Avez-vous déjà souffert d'un problème semblable? Oui ( ) Non ( ) Quand? \_\_\_\_\_

Avez-vous consulté un médecin pour cette affection? Oui ( ) Non ( ) Quand? \_\_\_\_\_

### **Historique de santé**

Au cours de votre vie, avez-vous déjà subi des accidents, chutes, traumatismes, blessures sportives ou blessures de travail?

SVP notez tous les accidents même s'ils vous semblent mineurs.

| Accidents | Date  |
|-----------|-------|
| _____     | _____ |
| _____     | _____ |
| _____     | _____ |
| _____     | _____ |

Au cours de votre vie, avez-vous subi des opérations ou hospitalisations?

| Opérations/hospitalisations | Date  |
|-----------------------------|-------|
| _____                       | _____ |
| _____                       | _____ |
| _____                       | _____ |
| _____                       | _____ |

Avez-vous reçu le diagnostic d'une maladie ou condition? (ex : diabète, hypertension, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments (prescription OU vente libre), des suppléments ou produits naturels? (Si vous avez la liste avec vous, nous pouvons la photocopier)

| Médicaments ou autres produits | Doses |
|--------------------------------|-------|
| _____                          | _____ |
| _____                          | _____ |
| _____                          | _____ |
| _____                          | _____ |

### **Grossesses**

Êtes-vous enceinte présentement? Oui ( ) Non ( )

Avez-vous déjà été enceinte? Oui ( ) Non ( ) Nombre de grossesses total : \_\_\_\_\_

Avez-vous eu des complications reliées à vos grossesses? \_\_\_\_\_

### **Historique familial**

Y a-t-il des maladies ou conditions connues au sein de votre famille? Lesquelles?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom de votre médecin de famille : \_\_\_\_\_

Date de votre dernier examen : \_\_\_\_\_

Nous donnez-vous la permission de contacter, au besoin, votre médecin afin de faire un suivi conjoint de votre dossier de santé? Oui ( ) Non ( )

Si oui, SVP veuillez apposer vos initiales ici : \_\_\_\_\_

### **Habitudes de vie**

\_\_\_\_\_ repas par jour

\_\_\_\_\_ collations par jour

\_\_\_\_\_ verres d'eau par jour

\_\_\_\_\_ consommations d'alcool par jour

\_\_\_\_\_ consommations de café ou thé par jour

\_\_\_\_\_ consommations de boissons gazeuse par jour

\_\_\_\_\_ cigarettes par jour

Si vous avez arrêté de fumer, depuis quand? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ autres drogues par jour : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ heures de sommeil par nuit      Sommeil récupérateur : Oui ( ) Non ( )

Position de sommeil : Dos    Ventre    Côté droit    Coté gauche

Activités physiques pratiquées régulièrement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ heures d'activité physique par semaine

Qu'elles sont vos tâches de travail? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ heures travaillées par semaine

La chiropratique est une approche globale qui prend en considération tous les aspects de votre santé. Les bienfaits de la chiropratique s'étendent à tous les systèmes du corps humain et un déséquilibre au niveau de votre système nerveux peut se dévoiler sous plusieurs formes. Il est donc important pour nous de connaître votre état actuel de santé afin de vous offrir une expérience des plus positives en chiropratique.

Notez si vous ressentez les symptômes suivants : Occasionnel (O) ; Fréquent (F) ; Constant (C)

O F C

**Général/Nerveux**

|                          |                          |                          |                   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergie          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Frisson           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Étourdissement    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Évanouissement    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fatigue           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fièvre            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maux de tête      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insomnie          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perte de poids    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervosité         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Névrалgie         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Engourdissement   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transpiration     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tremblement       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perte d'équilibre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perte de mémoire  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Irritabilité      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pieds froids      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dépression        |

**Cardio-vasculaire**

|                          |                          |                          |                      |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haute/Basse pression |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Point au cœur        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mauvaise circulation |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Palpitations         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chevilles enflées    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Varices              |

O F C

**Digestif**

|                          |                          |                          |                     |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gaz                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Constipation        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarrhée            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Digestion difficile |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faim excessive      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hémorroïdes         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trouble du foie     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nausée              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Douleur l'estomac   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perte d'appétit     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vomissement         |

**Respiratoire**

|                          |                          |                          |                       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthme                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Toux sèche            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Toux productive       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Respiration difficile |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Râlements             |

**Reproducteur**

|                          |                          |                          |                      |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Douleur menstruelle  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Flux abondant        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Crampes              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perte vaginale       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles érectiles   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trouble de fertilité |

O F C

**Yeux, oreilles et nez**

|                          |                          |                          |                    |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Douleur aux yeux   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yeux larmoyant     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bourdonnement      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perte auditive     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perte de vision    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Saignement nasal   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perte d'odorat     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sinusites          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mal de gorge       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Changement du goût |

**Musculaire/Articulaire**

|                          |                          |                          |                         |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arthrite                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Raideur musculaire      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Douleur musculaire      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fatigue musculaire      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fibromyalgie            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Raideur articulaire     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Douleur articulaire     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Déformation articulaire |

**Peau**

|                          |                          |                          |                   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Démangeaisons     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Éruption cutanées |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psoriasis         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eczéma            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Peau sèche        |

Je consens à ce que mon chiropraticien prépare tout formulaire ou rapport destiné à m'aider dans mes réclamations auprès de mon assureur.

Toutefois, je comprends et j'accepte le fait que les services professionnels que je recevrai me seront facturés directement et que je serai personnellement responsable de leur paiement.

\*\*\*\*\*

Je comprends que si des radiographies sont prises, elles feront partie de mon dossier et que l'original de ce dernier reste propriété de la clinique. Je pourrai avoir une copie si nécessaire.

Signature (patient ou tuteur): \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Consentement à la prise de radiographie (Si femme en âge de procréer)**

La présente est pour certifier qu'à ma connaissance, je ne suis pas enceinte. J'utilise une méthode de contraception efficace\* et/ou je suis dans les 10 premiers jours du cycle menstruel. Chiro Clinique Valleyfield à la permission de faire des radiographies. J'assumerai toutes les responsabilités si je suis enceinte.\*Abstinence, stérilet, ligature des trompes, hystérectomie, anovulants, partenaire vasectomisé, condom et spermicides utilisés selon les normes du fabricant.

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