



**DOSSIER D'OUVERTURE**

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

Sexe: F  M

Adresse: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

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

Marié(e)  Célibat  Veuf (ve)  Div.

C. postal: \_\_\_\_\_ Tél. (résidence): \_\_\_\_\_

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

Tél. (cellulaire): \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Qui vous a recommandé notre clinique? Ami  Parent  Facebook  Enseigne  Publicité  Autre

1. Quelle est la raison de votre consultation?  
Veuillez indiquer vos problèmes de santé par ordre d'importance. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Depuis combien de temps ressentez-vous votre problème de santé principal? \_\_\_\_\_

3. Comment est survenu ce problème?  
Graduellement  Subitement   
Suite à un trauma  Je ne sais pas   
(Accident)

4. Votre problème est-il présent...?  
100% du temps  50% du temps   
75% du temps  25% du temps   
Moins de 25% du temps

5. Comment évolue votre problème? Il...  
s'améliore  s'aggrave   
ne change pas

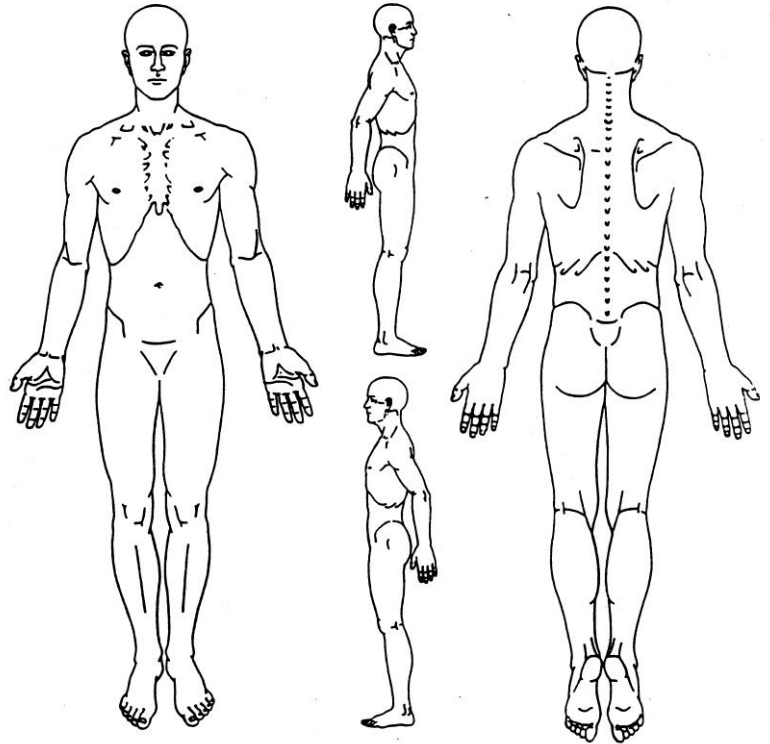
6. Votre problème est-il plus intense...?  
au lever , le jour , le soir , la nuit

7. Votre problème vous empêche-t-il de...?  
travailler , dormir , mener votre routine

8. Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème? Non   
Chiropraticien  Médecin  Autre

9. Avez-vous eu un problème semblable auparavant?  
Oui  Non

Veuillez indiquer, sur le schéma les endroits exacts de vos douleurs (+++), de vos cicatrices (\*\*\*) et de vos fractures(XXX).



Cochez la case qui correspond à la sévérité de votre douleur principale

Pas de douleur						Douleur extrême				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Date de votre dernier examen:	Moins de 6 mois	6-18 mois	plus de 18 mois	Jamais
Chiropratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**DOSSIER D'OUVERTURE**

**HISTOIRE FAMILIALE:**

1-Père: âge \_\_\_\_\_ Si décédé, cause \_\_\_\_\_  
 2-Mère: âge \_\_\_\_\_ Si décédée, cause \_\_\_\_\_  
 3-Avez-vous des frères et/ou sœurs? Oui  Non

4- Avez-vous des enfants? Oui  Non

5-Est-ce qu'un des membres de votre famille est atteint de: Troubles cardiaques  Cancer

Prenez-vous des médicaments en ce moment?

Non  si oui complétez la section suivante

Anti-dépresseur  \_\_\_\_\_  
 Anti-inflammatoire  \_\_\_\_\_  
 Anti-coagulants  \_\_\_\_\_  
 Hormones  \_\_\_\_\_  
 Pour le cholestérol  \_\_\_\_\_  
 Diabète  \_\_\_\_\_  
 Pour la pression artérielle  \_\_\_\_\_  
 Pour la glande thyroïde  \_\_\_\_\_  
 Anovulants  \_\_\_\_\_  
 Autre  \_\_\_\_\_

**AVEZ-VOUS EU (○) OU AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE: (□)**  
 (Veuillez cocher le symbole approprié)

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Allergies                      | 31. <input type="checkbox"/> Oedème (enflure)              |
| 2. <input type="checkbox"/> Angoisse                       | 32. <input type="checkbox"/> Opération/chirurgie           |
| 3. <input type="checkbox"/> Arthrite                       | 33. <input type="checkbox"/> Perte ou gain de poids        |
| 4. <input type="checkbox"/> Ballonnement/gaz               | 34. <input type="checkbox"/> Pierres aux reins             |
| 5. <input type="checkbox"/> Basse pression                 | 35. <input type="checkbox"/> Tremblements                  |
| 6. <input type="checkbox"/> Constipation                   | 36. <input type="checkbox"/> Troubles aux pieds            |
| 7. <input type="checkbox"/> Convulsions                    | 37. <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques           |
| 8. <input type="checkbox"/> Démangeaisons                  | 38. <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires        |
| 9. <input type="checkbox"/> Dépression                     | 39. <input type="checkbox"/> Troubles respiratoires        |
| 10. <input type="checkbox"/> Diabète                       | 40. <input type="checkbox"/> Troubles de vue               |
| 11. <input type="checkbox"/> Diarrhée                      | 41. <input type="checkbox"/> Troubles digestifs            |
| 12. <input type="checkbox"/> Ecchymoses (bleus faciles)    | 42. <input type="checkbox"/> Troubles d'ordre sexuel (MTS) |
| 13. <input type="checkbox"/> Engourdissements              | 43. <input type="checkbox"/> Troubles d'ouïe (oreilles)    |
| 14. <input type="checkbox"/> Épilepsie                     | 44. <input type="checkbox"/> Troubles hormonaux            |
| 15. <input type="checkbox"/> Éruptions cutanées (rougeurs) | 45. <input type="checkbox"/> Troubles psychologiques       |
| 16. <input type="checkbox"/> Étourdissements/vertiges      | 46. <input type="checkbox"/> Troubles rénaux               |
| 17. <input type="checkbox"/> Évanouissements               | 47. <input type="checkbox"/> Varices                       |
| 18. <input type="checkbox"/> Extrémités froides/moites     | 48. <input type="checkbox"/> Saignements de nez            |
| 19. <input type="checkbox"/> Fatigue                       | 49. <input type="checkbox"/> Sang dans les selles          |
| 20. <input type="checkbox"/> Fracture                      | 50. <input type="checkbox"/> Sang dans l'urine             |
| 21. <input type="checkbox"/> Frissons                      | 51. <input type="checkbox"/> Sinusite                      |
| 22. <input type="checkbox"/> Haute pression                | 52. <input type="checkbox"/> Uriner fréquemment            |
| 23. <input type="checkbox"/> Hypoglycémie                  | 53. <input type="checkbox"/> Uriner la nuit                |
| 24. <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire         | 54. <input type="checkbox"/> Troubles de la prostate       |
| 25. <input type="checkbox"/> Insomnie                      |  |
| 26. <input type="checkbox"/> Irritabilité                  |  |
| 27. <input type="checkbox"/> Maladies héréditaires         |  |
| 28. <input type="checkbox"/> Maux de dos                   |  |
| 29. <input type="checkbox"/> Maux de tête                  |  |
| 30. <input type="checkbox"/> Méningite                     |  |

A-Quelle est votre position de travail:?

Debout  Assis  En mouvement

B-Portez-vous des ...? talonnettes

semelles correctives/orthèses

C-Habituellement, dormez-vous sur...?

le dos  le côté  le ventre

D-Combien dormez-vous d'heures par nuit?

4h et moins  5-6h  7-8h

9-10h  10-11h  12h et plus

E-Consommez-vous...? Si oui, combien?

1-du tabac/cigarettes Non  Oui  \_\_\_\_\_

2-de l'alcool Non  Oui  \_\_\_\_\_

3-du café-thé Non  Oui  \_\_\_\_\_

4-des vitamines et suppléments alimentaires

Non  Oui  lesquels \_\_\_\_\_

F-Faites-vous de l'exercice? Oui  Non

Section réservée aux femmes

- 55  Absence de menstruation  
 56  Crampes abdominales  
 57  Flux menstruel abondant  
 58  Menstruation douloureuse  
 59  Pertes vaginales  
 60  Symptômes de ménopause  
 61 Êtes-vous enceinte?  
 Oui  Non



**DOSSIER D'OUVERTURE**

Avez-vous eu des:		Lesquels ?
Vaccins :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	_____
Hospitalisations :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	_____
Accidents :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	_____
Procédures dentaires :	Prothèse <input type="checkbox"/> Implants <input type="checkbox"/> Orthodontie <input type="checkbox"/> Autres :	_____

Si votre condition le nécessite, seriez-vous prêt à :

- Faire un/des exercice(s)? Oui  Non
- Suivre un/des conseil(s) sur les habitudes de vie? Oui  Non
- Prendre un supplément? Oui  Non