

RENSEIGNEMENTS

▲ Nom de famille

▲ Prénom

▲ Occupation

▲ Médecin traitant

▲ Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

▲ Adresse

▲ Ville

▲ Code postal

▲ Téléphone (résidence)

▲ Téléphone (mobile)

▲ Courriel

Sexe Féminin Masculin

▲ Âge

▲ Taille

▲ Poids

Avez-vous des enfants? Non Oui

Âge _____

État civil Célibataire Conjoint(e)*

Avez-vous déjà vu un chiro? N O*

▲ *Prénom et nom

▲ *Prénom et nom

Quelle est votre position de travail?

Debout

Assise

En mouvement

Habituellement, vous dormez sur...

Le dos

Le côté

Le ventre

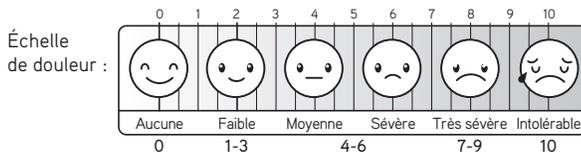
Qui vous a référé chez nous?

Ami(e)* Google Facebook Cliniquespinecor.ca Vitrine

Famille* Autre* Orthochiro.ca Autre site web* Autre professionnel

▲ *Précisez

MOTIFS DE LA CONSULTATION



NE RIEN ÉCRIRE DANS
LES ZONES OMBRAGÉES

Énumérez par ordre d'importance les motifs de votre consultation.

1. _____

Douleur ▼

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

T L _____ D L _____ F L _____

2. _____

Douleur ▼

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

T L _____ D L _____ F L _____

3. _____

Douleur ▼

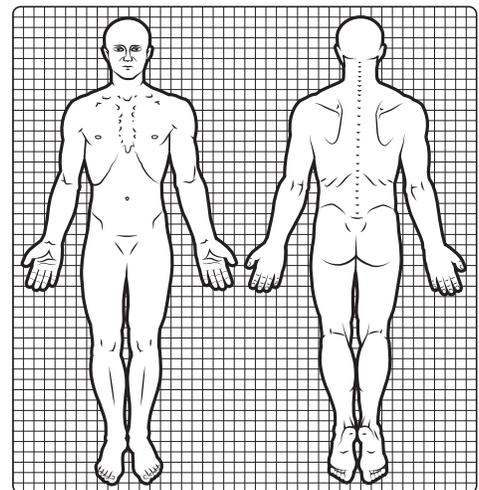
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

T L _____ D L _____ F L _____

Est-ce que la douleur s'étend? Non Oui, jusqu'à L _____

Avez-vous des maux de tête? N Oui, douleur ▶ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Encercler les zones douloureuses.



Quels résultats attendez-vous des soins prodigués ?

- Soulagement temporaire
- Correction durable
- Prise en charge complète de votre santé

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Dressez un historique des traumatismes / accidents.

1. _____ Date _____
2. _____ Date _____
3. _____ Date _____
4. _____ Date _____
5. _____ Date _____

Historique des interventions chirurgicales et hospitalisations.

1. _____
2. _____

Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour ces conditions?

1. _____
2. _____

Indiquez votre niveau de stress.

(0: aucun stress; 10: stress extrême)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Source principale de stress.

Faites-vous de l'activité physique/sport?

▲ Lesquels?

Consommation de cigarettes.

Non Oui ► _____ /semaine

Consommation d'alcool.

Non Oui ► _____ /semaine

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

 Inscrivez: P = Père M = Mère F = Frère S = Sœur

Est-ce qu'un membre de votre famille est atteint de :

Diabète ___ Cholestérol élevé ___ Trouble cardiaque ___ Hypercyphose ___ Scoliose ___

Cancer ___ Arthrose / arthrite ___ Maladie héréditaire ___ Ostéoporose ___ Autre ► _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Veuillez cocher, parmi les signaux corporels suivants, ceux qui affectent ou qui ont affecté votre santé.

NE RIEN ÉCRIRE DANS
LES ZONES OMBRAGÉES

MALADIES GRAVES

- Cancer
- Hypertension
- AVC
- Diabète

IMMUNITAIRE

- Otite / ORL
- Sinusite
- Infections récurrentes
- Allergies*

▲ *Précisez

MUSCULOSQUELETTIQUE

- Douleur au dos
- Douleur entre les omoplates
- Douleur au cou
- Douleur aux bras / mains
- Douleur aux jambes / pieds
- Raideur aux articulations
- Difficulté à marcher
- Scoliose
- Hypercyphose
- Arthrite / arthrose
- Ostéoporose

GASTRO-INTESTINAL

- Problèmes digestifs
- Intolérance alimentaire
- Côlon irritable
- Diarrhée
- Ballonnements
- Brûlures d'estomac
- Perte ou gain de poids excessif
- Constipation

GÉNITO-URINAIRE

- Infection urinaire
- Uriner fréquemment / excessivement
- Trouble de la prostate
- Pertes urinaires
- Incontinence
- Douleur menstruelles
- Douleur / masse au sein
- Ménopause
- Enceinte ▼

▲ Date de vos dernières règles

GÉNÉRAL

- Insomnie
- Fatigue
- Trouble thyroïdien

SYSTÈME NERVEUX

- Faiblesse musculaire
- Étourdissement / vertiges
- Évanouissements
- Épilepsie
- Engourdissements
- Perte de mémoire
- Anxiété / dépression

PEAU

- Eczéma
- Psoriasis
- Rosacée

RESPIRATOIRE

- Asthme
- Bronchite
- Souffle court

CARDIOVASCULAIRE

- Douleur à la poitrine
- Problèmes cardiaques
- Oedème (enflure)
- Extrémités froides
- Varices
- Cholestérol

Prenez-vous des médicaments? O N

- Anti-inflammatoire
- Haute pression
- Relaxant musculaire
- Cholestérol
- Glande thyroïde
- Anovulant
- Analgésique
- Antidépresseur
- Diabète
- Anxiolytique
- Autre _____

Prenez-vous des suppléments alimentaires? O N

- Vitamines _____
- Oméga-3 _____
- Minéraux _____
- Protéines _____
- Homéopathie _____
- Naturopathie _____
- Autre _____

À quand votre prochain suivi médical?

DÉCLARATION POUR TOUS

Je déclare que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont complètes et exactes et je consens à subir les examens nécessaires. Je consens à ce que mes données cliniques et radiologiques anonymes soient utilisées à des fins de recherche scientifique ou d'enseignement.

▲ Signature

▲ Date