

Dr Pierre Bernier, Dre Christine Bourque, Dre Andrée-Anne Bernier
CHIROPRACTIENS, D.C.

QUESTIONNAIRE SANTÉ

Nom : _____ Prénom : _____ Mme ou M.: _____ Date : _____
 Adresse : _____ Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____
 Téléphone résidence : _____ Bureau : _____ Poste. : _____ Cellulaire : _____
 Adresse courriel : _____ Date de naissance : (jour/mois/année) : _____
 État civil : _____ Enfants : _____ Occupation : _____ Compagnie d'assurance : _____
 Numéro de police : _____ Qui vous a recommandé notre clinique ? _____

Ce questionnaire a pour but d'aider votre Docteur à évaluer votre santé globale actuelle, vos besoins à court et à long terme ainsi que vos antécédents. S.V.P » complétez-le afin de nous permettre de mieux vous servir.

Partie I : Vos problèmes de santé et leurs effets sur vos activités quotidiennes.

1. Avez-vous un (des) problème(s) de santé? Si Oui, décrivez-le (s) : _____

2. Quand cela a-t-il commencé? _____
3. Avez-vous consulté un autre professionnel pour ce(s) problème(s)? Oui _____ Non _____
4. Qu'a-t-on fait? _____
5. Quels ont été les résultats? _____
6. Comment **étiez-vous** différent suite aux traitements? _____
7. Comment **votre condition** était-elle différente suite aux traitements? _____
8. Comment **votre perception** de votre condition était-elle différente? _____
9. Veuillez noter à quel degré ce(s) problème(s) affecte(nt) votre qualité de vie.

| | | | |
|---|---------|-----------------------------------|---------|
| 0 - Cela ne m'affecte pas. 1 - Cela m'affecte peu. 2 - Cela m'affecte modérément. 3 - Cela m'affecte beaucoup. | | | |
| Travail | 0 1 2 3 | Passe-temps | 0 1 2 3 |
| Vie sociale | 0 1 2 3 | Marche | 0 1 2 3 |
| Exercice | 0 1 2 3 | Manger | 0 1 2 3 |
| Inquiétude par rapport au problème | 0 1 2 3 | Inquiétude par rapport à ma santé | 0 1 2 3 |
10. D'autres membres de votre famille ont-ils eu une condition similaire? Oui _____ Non _____
 Qu'a fait cette personne? _____
11. Quels ont été les résultats? _____
12. À quel point êtes-vous conscient(e) de ce problème durant la journée? 0 1 2 3 Le soir? 0 1 2 3
13. Est-ce qu'il y a une période de la journée ou des activités qui vous font oublier totalement ou partiellement votre problème? _____
14. Êtes-vous plus conscient(e) de votre problème à certains moments ou durant certaines activités? _____
15. Pourquoi pensez-vous que ce problème vous est arrivé ou persiste? _____
16. Si ce problème disparaissait demain, comment votre vie serait-elle différente? _____

17. Si vous n'aviez pas ce problème, que feriez-vous de différent?

18. Depuis que ce problème existe :

Avez-vous changé certaines habitudes? _____

19. Qu'est-ce qui décrit le mieux vos sentiments actuels?

a) Je me sens impuissant(e), comme si rien ne peux m'aider.

b) C'est terrible, j'ai peur et j'espère que vous pouvez me guérir.

c) Je me sens pris(e) et je ne peux m'aider.

d) Je mérite plus que ce qui m'arrive, j'aimerais que vous m'assistiez durant mon processus de guérison.

e) Autre chose? _____

20. Classifiez sur une échelle de 0 à 3

0 - pas du tout 1 - peu 2 - modérément 3 - extrême

a) À quel point votre problème est un inconfort présentement? 0 1 2 3

b) À quel point l'était-il dans le passé? 0 1 2 3

c) Si vous ne réglez pas ce problème, à quel point vous affectera-t-il dans le futur? 0 1 2 3

Partie II : Antécédents de santé / médical / traumatique / chiropratique.

1. Avez-vous déjà blessé votre colonne vertébrale (tête, cou, dos, hanches)?

a) Date de la blessure la plus grave : _____

b) Comment cette blessure est-elle survenue? _____

c) Date de la blessure la plus récente : _____

d) Comment cette blessure est-elle survenue? _____

2. Quels médicaments (d'ordonnance ou non) avez-vous utilisés dans les derniers 60 jours?

3. Avez-vous déjà utilisé un médicament pour une période de plus de 3 mois? Oui _____ Non _____

a) Quel(s) médicament(s)? _____

b) Pour quelle(s) raison(s)? _____

4. Avez-vous déjà eu des rayons-x, tomographie ou image par résonance magnétique de votre colonne vertébrale (cou, dos, hanches)? Oui _____ Non _____ Quand? _____

5. Que vous a-t-on dit à propos de ces examens? _____

6. À quelle clinique ou hôpital? _____

7. Avez-vous déjà eu des chirurgies, fractures ou entorses sévères? Indiquez :

Lesquelles? _____

Où? _____

Date : _____

8. Avez-vous déjà reçu des ajustements, manipulations de votre colonne vertébrale par un professionnel?

Oui _____ Non _____ Si oui :

a) Par qui et quand? _____

b) Pourquoi? _____

c) Consultez-vous encore cette personne? Oui _____ Non _____

d) Quels ont été les résultats? _____

e) Êtes (étiez)-vous satisfait? Oui _____ Non _____

f) Les membres de votre famille reçoivent-ils des soins chiropratiques? Oui _____ Non _____

9. Avez-vous consulté un médecin pour une raison autre que des examens annuels dans les trois derniers mois?

Oui _____ Non _____ Si oui, pour quelle(s) raison(s)? _____

Date de la dernière visite : _____ Qu'est-ce qui a été fait ou suggéré? _____

10. Avez-vous un programme de méditation (prière), exercice ou un régime alimentaire particulier? Si oui,

décrivez-le : _____

11. De quelle façon gérez-vous votre stress? _____

12. Quels sports pratiquez-vous régulièrement? _____

Fréquence : _____

POUR FEMME SEULEMENT

13. Date du début des dernières menstruations : _____ Méthode contraceptive : _____

Partie III : Stress.

1. Pour chacune des situations suivantes, si approprié, COCHEZ soit «P» pour Passé et «A» pour Actuel.

| | LÉGER | | MOYEN | | INTENSE | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | P | A | P | A | P | A |
| Stress relié à l'enfance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inquiétude(s) face à l'école | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tensions reliées au jeu ou aux loisirs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problèmes familiaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difficultés dans les relations personnelles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stress à l'égard de la maladie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stress relié au travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tensions reliées au trajet banlieue/ville pour le travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perte d'un être cher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Changement de mode de vie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Changement des habitudes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Actes de violence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Avez-vous eu un accident de travail / accident d'auto? Oui _____ Non _____
Si oui, décrivez : _____

Partie IV : Quels sont vos besoins et attentes?

Utilisez cette échelle pour la question 1: a) Très important b) Important c) Pas important d) Ne s'applique pas

1. Lequel des choix suivants est le plus important pour vous? Une étude a été publiée par le Collège de médecine de l'Université Irvine en Californie qui portait sur 2 800 patients suivant des soins chiropratiques de type Analyse Vertébrale Network. Cette étude a démontré que les patients ressentaient des bienfaits à tous les niveaux de leur santé et bien-être énumérés ci-dessous. Qu'attendez-vous de vos soins à notre clinique?
- a) _____ Amélioration de mes symptômes physiques.
 - b) _____ Amélioration de mes symptômes émotifs / mentaux.
 - c) _____ Amélioration de ma capacité à réagir au stress.
 - d) _____ Amélioration de mon appréciation de la vie / de ma capacité à prendre des décisions.
 - e) _____ Amélioration générale de ma qualité de vie.
2. Y a-t-il des aspects de votre vie qui vous rendent très heureux et qui augmentent votre vitalité?
3. Y a-t-il des facteurs ou des éléments particuliers de votre vie, vos expériences, votre famille, votre travail, vos passe-temps, vos vieilles blessures, votre génétique, votre alimentation ou votre style de vie qui vous empêchent d'exprimer votre plein potentiel de santé?

Merci d'avoir choisi notre clinique d'Analyse Vertébrale Network. Il nous fait plaisir d'avoir l'occasion de vous aider à développer la capacité de maintenir une colonne vertébrale et un système nerveux en santé. Soyez assuré(e) que nous ferons notre possible pour vous aider durant votre cheminement vers une santé globale et un bien-être optimal.

L'Analyse Vertébrale Network est un style de vie et une affaire de famille. Nous vous donnons l'opportunité de faire examiner les membres de votre famille sans frais en autant que ces examens soient effectués dans un délai de deux semaines.

Avez-vous eu ou avez-vous l'un des problèmes suivants? (Marquez le cas échéant)

| | Oui | Non | | Oui | Non |
|---------------------------------|-----|-----|-----------------------------------|-----|-----|
| Allergies | | | Opérations/ Chirurgies | | |
| Anxiété | | | Pierres aux reins | | |
| Arthrite | | | Tremblements | | |
| Gaz abdominaux | | | Problèmes de pied | | |
| Basse pression | | | Problèmes cardiaques | | |
| Constipation | | | Problèmes de circulation sanguine | | |
| Convulsions | | | Problèmes respiratoires | | |
| Démangeaisons | | | Problèmes oculaires | | |
| Dépression | | | Problèmes digestifs | | |
| Diabète | | | Problèmes sexuels | | |
| Diarrhée | | | Problèmes d'audition | | |
| Facilement meurtri | | | Problèmes hormonaux | | |
| Engourdissements | | | Problèmes psychologiques | | |
| Épilepsie | | | Problèmes rénaux | | |
| Éruptions de la peau (rougeurs) | | | Problèmes de varices | | |
| Étourdissements / vertiges | | | Saignements de nez | | |
| Pertes de conscience | | | Sang dans les selles | | |
| Extrémités froides | | | Sang dans l'urine | | |
| Fatigue | | | Sinusites | | |
| Fractures | | | Uriner fréquemment | | |
| Frissons | | | Uriner la nuit | | |
| Hypertension | | | Troubles de la prostate | | |
| Hypoglycémie | | | Cancer | | |
| Incontinence urinaire | | | Absence de menstruation | | |
| Insomnie | | | Crampes abdominales | | |
| Irritabilité | | | Flux menstruel abondant | | |
| Maladies héréditaires | | | Menstruations douloureuses | | |
| Maux de dos | | | Pertes vaginales | | |
| Maux de tête / Méningite | | | Symptômes de la ménopause | | |
| Œdème (gonflement) | | | Êtes-vous enceinte? | | |

Antécédents Familiaux

Âge du père : _____

Si décédé, la cause : _____

Âge de la mère: _____

Si décédée, la cause : _____

Avez-vous des frères et sœurs?

Oui Non

Des membres de votre famille ont-ils :

Problèmes cardiaques

Cancer Diabète

Arthrite Autres : _____

Votre position de travail est :

Debout Assis Mobile

Portez-vous des:

Talonnettes Orthèses

Vous dormez sur le:

Dos Ventre Côté

Combien d'heures dormez-vous la nuit?

4 et moins 5-6 7-8

9-10 10-11 12 et plus

Consommez-vous et combien?

Tabac/cigarettes Oui _____

Alcool Oui _____

Drogue Oui _____

Café/thé Oui _____

Prenez-vous des vitamines

ou des suppléments? Oui

Lesquels? _____

Faites-vous de l'exercice?

Non Oui