

QUESTIONNAIRE SANTÉ (4 pages)

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____ Date (j/m/a) : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Téléphone résidence : _____ Bureau : _____ Poste. : _____ Cellulaire : _____
Adresse courriel : _____ Date de naissance : (j/m/a) ____ / ____ / ____
État civil : _____ Enfants : _____ Occupation(s) : _____
Compagnie d'assurance : _____ Numéro de police : _____
Voulez-vous recevoir votre relevé d'assurance ou d'impôts par courriel? Oui ___ Non ___
Fréquence désirée: chaque semaine ____ au mois ____ au 3 mois ____ au 6 mois ____
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. Quel est le principal motif de votre consultation : _____
Autres motifs : _____
- 1a. 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. Si oui, qu'a-t-on fait? _____
5. Quels ont été les résultats? _____
6. Comment **étiez-vous** différent(e) 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	Sommeil / Repos	0 1 2 3
Vie sociale	0 1 2 3	Marcher	0 1 2 3	S'asseoir	0 1 2 3
Exercices	0 1 2 3	Manger	0 1 2 3	Vie amoureuse	0 1 2 3
Inquiétude par rapport au problème	0 1 2 3	Inquiétude par rapport à ma santé	0 1 2 3		

Commentaires : _____
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. Y a-t-il 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?
- Je me sens impuissant(e), comme si rien ne peut m'aider.
 - C'est terrible, j'ai peur et j'espère que vous pouvez me guérir.
 - Je me sens pris(e) et je ne peux m'aider.
 - Je mérite plus que ce qui m'arrive, j'aimerais que vous m'assistiez durant mon processus de guérison.
 - 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.

- Avez-vous déjà blessé votre colonne vertébrale (tête, cou, dos, hanches)?
 - Date de la blessure la plus grave : (j/m/a) ____ / ____ / ____
 - Comment cette blessure est-elle survenue? _____
 - Date de la blessure la plus récente : (j/m/a) ____ / ____ / ____
 - Comment cette blessure est-elle survenue? _____
 - Quels médicaments (d'ordonnance ou non) avez-vous utilisés dans les derniers 60 jours? _____
 - Avez-vous déjà utilisé un médicament pour une période de plus de 3 mois? Oui ____ Non ____
 - Quel(s) médicament(s)? _____
 - Pour quelle(s) raison(s)? _____
 - Avez-vous déjà eu des rayons-x, tomographie ou image par résonance magnétique de votre colonne vertébrale (cou, dos, hanches)? Oui ____ Non ____ Quand? (j/m/a) ____ / ____ / ____
 - Que vous a-t-on dit à propos de ces examens? _____
 - À quelle clinique ou hôpital? _____
 - Avez-vous déjà eu des chirurgies, fractures ou entorses sévères? Indiquez:
Lesquelles? _____
Où? _____
Date : (j/m/a) ____ / ____ / ____ (j/m/a) ____ / ____ / ____
 - Avez-vous déjà reçu des ajustements, manipulations de votre colonne vertébrale par un professionnel?
Oui ____ Non ____ Si oui, quand : (j/m/a) ____ / ____ / ____
 - Par qui? _____
 - Pourquoi? _____
 - Consultez-vous encore cette personne? Oui ____ Non ____
 - Quels ont été les résultats? _____
 - Êtes (étiez)-vous satisfait(e)? Oui ____ Non ____
 - Les membres de votre famille reçoivent-ils des soins chiropratiques? Oui ____ Non ____
 - 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 : (j/m/a) ____ / ____ / ____ Que vous a-t-on fait ou suggéré? _____
 - Avez-vous un programme de méditation (prière), exercice ou un régime alimentaire particulier? Si oui, décrivez-le : _____
 - De quelle façon gérez-vous votre stress? _____
 - Quels sports pratiquez-vous régulièrement? _____
Fréquence : _____
 - Date du début des dernières menstruations : (j/m/a) ____ / ____ / ____ Méthode contraceptive : ____ / ____ / ____
- Nom : _____ Date de naissance : (j/m/a) ____ / ____ / ____

Partie III - Stress.

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

	<i>LÉGER</i>		<i>MOYEN</i>		<i>INTENSE</i>	
	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?

Une étude, portant sur 2 800 patients suivant des soins chiropratiques de type Analyse Vertébrale Network, a été publiée par le Collège de médecine de l'Université Irvine en Californie. Elle a démontré que les patients ressentaient des bienfaits à tous les niveaux de leur santé et de bien-être énumérés ci-dessous.

1. Lequel des choix suivants est le plus important pour vous? Qu'attendez-vous de vos soins à notre clinique?

Utilisez cette échelle : a) **Très important** b) **Important** c) **Pas important** d) **Ne s'applique pas**

- a) _____ Amélioration de mes symptômes physiques.
- b) _____ Amélioration de mes symptômes émotionnels / 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?

FORMULE D'AUTORISATION

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.

Nom : _____ Date de naissance : (j/m/a) ____ / ____ / ____

Signature du patient ou de la personne responsable : _____

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

Je déclare avoir rempli ce questionnaire au meilleur de mes connaissances.

Nom : _____ Date de naissance : (j/m/a) ____ / ____ / ____

Signature du patient ou de la personne responsable : _____