

## QUESTIONNAIRE SANTÉ (4 pages)

Date (j/m/a) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (j/m/a) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genre : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Grandeur : \_\_\_\_\_

État civil : \_\_\_\_\_ Enfants : \_\_\_\_\_ Occupation(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_/\_\_\_\_

Téléphone résidence : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Qui vous a recommandé notre clinique ? \_\_\_\_\_ RAMQ # : \_\_\_\_\_

*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**

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? Si oui, lesquelles?
- 
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
- | <b>0 - pas du tout</b>  | <b>1 – peu</b> | <b>2 – modérément</b> | <b>3 - extrême</b> |         |
|---|----------------|-----------------------|--------------------|---------|
| a) À quel point votre problème est un inconvénient 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? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_  
 Lesquelles? \_\_\_\_\_  
 Où? \_\_\_\_\_  
 Date (j/m/a) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (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 : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance (j/m/a) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

13. Date du début des dernières menstruations : (j/m/a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Méthode contraceptive : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Partie III - Stress.

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

	<b>LÉGER</b>		<b>MOYEN</b>		<b>INTENSE</b>	
	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 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?

\_\_\_\_\_

### 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 du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance (j/m/a) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du patient : \_\_\_\_\_

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		
(Edème (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 du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance (j/m/a) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du patient : \_\_\_\_\_