

**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 ▲ Prénom(s)

\_\_\_\_\_   
 ▲ Âge

État civil  Célibataire  Conjoint(e)\*

Avez-vous déjà vu un chiro?  N  O\*

\_\_\_\_\_   
 ▲ \*Prénom et nom

\_\_\_\_\_   
 ▲ \*Prénom et nom

Qui vous a référé chez nous?

Ami(e)\*  Facebook  Posturetek.com  Cliniquespinecor.ca  Enseigne

Famille\*  Autre\*  Orthochiro.ca  Autre site web\*  Pages jaunes

\_\_\_\_\_   
 ▲ \*Précisez

**MOTIFS DE LA CONSULTATION**

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES ZONES OMBRAGÉES

Échelle de douleur :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune	Faible		Moyenne		Sévère	Très sévère		Intolérable		
0	1-3		4-6		7-9		10			

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. \_\_\_\_\_

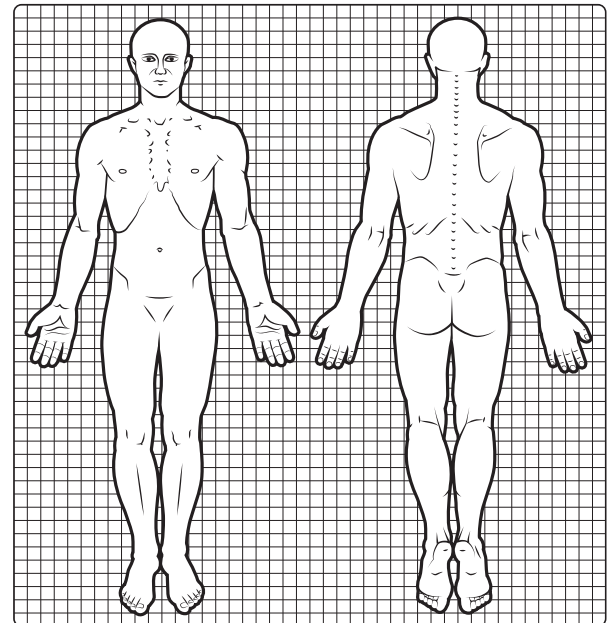
Douleur ▼

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



Localisez les motifs de votre consultation (déjà inscrits ci-contre) sur le schéma en **encerclant** la région touchée.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Dressez un historique des traumatismes / accidents.

1. \_\_\_\_\_ Date L \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Date L \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Date L \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Date L \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ Date L \_\_\_\_\_

Historique des interventions chirurgicales et hospitalisations.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

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

1. \_\_\_\_\_
2. L \_\_\_\_\_

Quelle est votre position de travail?

- Debout  
 Assise  
 En mouvement

Habituellement, vous dormez sur...

- Le dos  
 Le côté  
 Le ventre

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

Quels résultats attendez-vous des soins prodigués?

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

## ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

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

- Diabète  Cholestérol élevé  Troubles cardiaques  Hypercyphose  Ostéoporose  
 Cancer  Arthrose / arthrite  Maladie héréditaire  Scoliose  Autre ► \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

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

### MALADIES GRAVES

- Cancer  
 Hypertension  
 AVC  
 Diabète

### IMMUNITAIRE

- Otite  
 Sinusite  
 Infections récurrentes

### SYSTÈME NERVEUX

- Faiblesse musculaire  
 Étourdissement / vertiges  
 Évanouissements  
 Épilepsie  
 Engourdissements

### GASTRO-INTESTINAL

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

### RESPIRATOIRE

- Asthme  
 Bronchite  
 Souffle court

### 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

### 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  
 Anxiété / dépression  
 Allergies\*

### PEAU

- Eczéma  
 Psoriasis

### CARDIOVASCULAIRE

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

\_\_\_\_\_

▲ \*Précisez

NE RIEN ÉCRIRE DANS  
LES ZONES OMBRAGÉES

Prenez-vous des médicaments?  N  O\*

\_\_\_\_\_

▲ \*Pour lesquelles de ces conditions? (ou encerclez)

Prenez-vous des suppléments alimentaires?  N  O\*

\_\_\_\_\_

▲ \*Lesquels?

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. ▲ Signature

\_\_\_\_\_  
▲ Date