

**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?

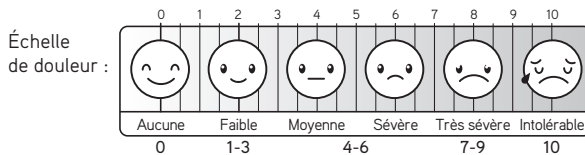
Ami(e)\*  Google  Facebook  Cliniquespinecor.ca  Vitrine

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 ▼

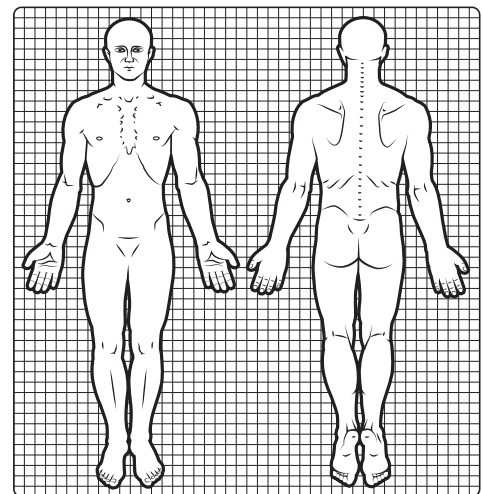
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

**Encerclez 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
- Relaxant musculaire
- Glande thyroïde
- Analgésique
- Diabète
- Autre \_\_\_\_\_
- Haute pression
- Cholestérol
- Anovulant
- Antidépresseur
- Anxiolytique

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