

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  F  M

Âge : \_\_\_\_\_

Consultez-vous :  en prévention

pour un problème particulier

Décrire : \_\_\_\_\_

**Si vous consultez pour un problème particulier :**

Est-ce la première fois que ce problème se présente?

oui  non *Déjà survenu quand?* \_\_\_\_\_

Problème actuel présent depuis quand? \_\_\_\_\_

Apparition :

soudaine

graduelle

je ne sais pas

Problème :

constant

intermittent

occasionnel

Avez-vous déjà consulté un autre professionnel de la santé pour cette condition?  oui  non

Si oui, lequel ou lesquels: \_\_\_\_\_

Traitements reçus: \_\_\_\_\_

**Historique chiropratique :**

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien?  oui  non

Si oui, quand/pourquoi/durée : \_\_\_\_\_

Nom du chiropraticien : \_\_\_\_\_

**Historique de traumatismes :**

Avez-vous déjà: Subi des chutes (au travail, enfance, à la maison, etc.)?  oui  non

Été impliqué dans un accident de voiture/moto/autre?  oui  non

Subi une fracture ou dislocation?  oui  non

Subi une blessure sportive (entorse, commotion, etc.)?  oui  non

Été victime d'un autre accident?  oui  non

Si oui, décrire : \_\_\_\_\_

**Environnement :**

Êtes-vous :  travailleur  étudiant  à la maison  retraité  autre : \_\_\_\_\_

Décrire votre milieu de travail ou d'études : \_\_\_\_\_

Décrire vos occupations à la maison : \_\_\_\_\_

Votre milieu de vie à la maison est :  très stressant  stressant  peu stressant  relaxant

Votre milieu de travail (d'étude) est :  très stressant  stressant  peu stressant  relaxant  N/A

Avez-vous une période de temps réservée pour vos loisirs?  oui  non

*Sinon, pourquoi?  par choix  manque de temps  manque d'intérêt  autre*

**Historique de santé :**

Êtes-vous atteint d'une ou plusieurs maladie(s) ou condition(s) de santé ayant été diagnostiquée(s) par un professionnel de la santé?  oui  non

*Si oui, préciser :* \_\_\_\_\_

Prenez-vous actuellement des médicaments (avec ou sans prescription), des produits naturels ou des suppléments alimentaires?  oui  non

*Si oui, préciser :* \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale?  oui  non

*Si oui, préciser :* \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été hospitalisé?  oui  non

*Si oui, préciser :* \_\_\_\_\_

Cochez les conditions énumérées dans le tableau suivant qui décrivent votre état de santé passé ou actuel:

Perte de poids	Vertiges	Pneumonie	Thyroïde	Infection urinaire
Prise de poids	Insomnie	Problème cardiaque	Arthrite	Douleur urinaire
Fièvre élevée	Maux de tête	Reflux	Dépression	Sang dans urine
Sueurs nocturnes	Nausée	Brûlements d'estomac	Sclérose en plaques	Urine souvent
Histoire de cancer	Vomissements	Ulcères	Lupus	Psoriasis
Diabète	Anémie	Digestion difficile	Engourdissements	Eczéma
Haute pression	Asthme	Diarrhée	Spasmes	Problème cutané
Basse pression	Allergies	Constipation	Infection rénale	Surdité
Épilepsie	Sinusite	Hépatite	Calcul rénal	Douleur dos/cou
Incontinence	Bronchite	Alcoolisme	Infection vessie	Douleur bras/jambe

Hommes :  problème prostate  trouble érectile  problème testiculaire  MTS  Autre \_\_\_\_\_

Femmes :  enceinte  règles douloureuses  règles irrégulières  règles absentes  
 douleur aux seins  ménopause  bouffées de chaleur  MTS  Autre \_\_\_\_\_  
 contraceptifs oraux/intraderniques  hormones pour infertilité  hormonothérapie (ménopause)

**Antécédents familiaux : (problèmes de santé connus)**

Veillez noter les conditions de santé ou maladies qui affectent ou ont affecté les membres suivants de votre famille : (cardiaque, diabète, histoire de cancer, arthrite, thyroïde, cholestérol élevé, ACV, **autres**)

Mère : \_\_\_\_\_  
 Père : \_\_\_\_\_  
 Frères/sœurs : \_\_\_\_\_  
 Grands-parents : \_\_\_\_\_  
 Autres (oncle/tante, cousin/cousine) : \_\_\_\_\_

**Alimentation :**

Avez-vous des inquiétudes au sujet de votre alimentation?  oui  non

Si oui, décrire : \_\_\_\_\_

Fruits et légumes :  aucun  très peu  assez  beaucoup Portions par jour : \_\_\_\_\_  
 Viande :  aucun  très peu  assez  beaucoup Portions par jour : \_\_\_\_\_  
 Céréales/Grains :  aucun  très peu  assez  beaucoup Portions par jour : \_\_\_\_\_  
 Produits laitiers :  aucun  très peu  assez  beaucoup Portions par jour : \_\_\_\_\_  
 Boissons gazeuses \_\_\_\_\_ par jour Alcool : \_\_\_\_\_ par jour \_\_\_\_\_ par semaine  
 Eau (verres) \_\_\_\_\_ par jour Café/thé \_\_\_\_\_ par jour  
 Fast-food \_\_\_\_\_ par semaine Restaurant \_\_\_\_\_ par semaine

**Sommeil :**

Heures de sommeil par nuit : \_\_\_\_\_  
 Position de sommeil :  dos  ventre  côté (D ou G)  
 Au réveil, vous êtes :  bien reposé  fatigué  incapable de vous lever

**Activités :**

Sports : \_\_\_\_\_  
 Loisirs : \_\_\_\_\_  
 Heures de sport par jour ou par semaine : \_\_\_\_\_  
 Heures de télévision par jour ou par semaine : \_\_\_\_\_  
 Heures d'ordinateur/jeux vidéos par semaine : \_\_\_\_\_  
 Êtes-vous :  Fumeur  Ancien fumeur  Non-fumeur

**Avez-vous des inquiétudes particulières concernant votre santé? Y a-t-il des sujets sur lesquels vous aimeriez recevoir des informations supplémentaires concernant votre santé ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_