

## Historique Médical

Date: \_\_\_\_\_  M  Mme  Mlle  Autre: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Tél. (Domicile): \_\_\_\_\_ (Travail): \_\_\_\_\_ (Cell): \_\_\_\_\_

Date de naissance: Jour ( ) Mois ( ) Année ( ) Âge : \_\_\_\_\_

Adresse courriel: \_\_\_\_\_

Oui, vous pouvez me faire parvenir par courriel des rappels de rendez-vous, mes déclarations et toutes informations importantes concernant la clinique

Non, ne me contactez pas par courriel

Occupation: \_\_\_\_\_ Contact en cas d'urgence: \_\_\_\_\_

N° de tél. du contact d'urgence: \_\_\_\_\_ Lien avec le patient: \_\_\_\_\_

### Comment avez-vous entendu parler de notre clinique?

Médecin: \_\_\_\_\_  Autre professionnel de la santé \_\_\_\_\_

Ami/Collègue \_\_\_\_\_  Conjoint(e) : \_\_\_\_\_

Autre membre de la famille \_\_\_\_\_  Présentation  Internet

Emploi dans le même édifice  Pages jaunes  Journal  Enseigne

Autre: \_\_\_\_\_

### Soins chiropratiques antérieurs :

Nom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Prise de radiographie?  Oui  Non Date: \_\_\_\_\_

### Médecin de famille:

Nom: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Prise de radiographie, IRM, échographie? \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments? Si oui, lesquels et pourquoi? \_\_\_\_\_

Date du dernier examen médical : \_\_\_\_\_

### Problèmes (douleurs ou symptômes) principaux?

Autres problèmes? \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps souffrez-vous de cette condition? \_\_\_\_\_

À quoi l'attribuez-vous? \_\_\_\_\_

Est-ce que la douleur se propage? \_\_\_\_\_

La douleur est-elle en progression?  Oui  Non  Constante  Intermittente

Avez-vous déjà souffert de cette condition ou d'une condition semblable?  Oui  Non

Qu'est-ce qui aggrave vos symptômes? \_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui soulagent vos symptômes? \_\_\_\_\_

Est-ce que votre condition nuit à une des activités suivantes

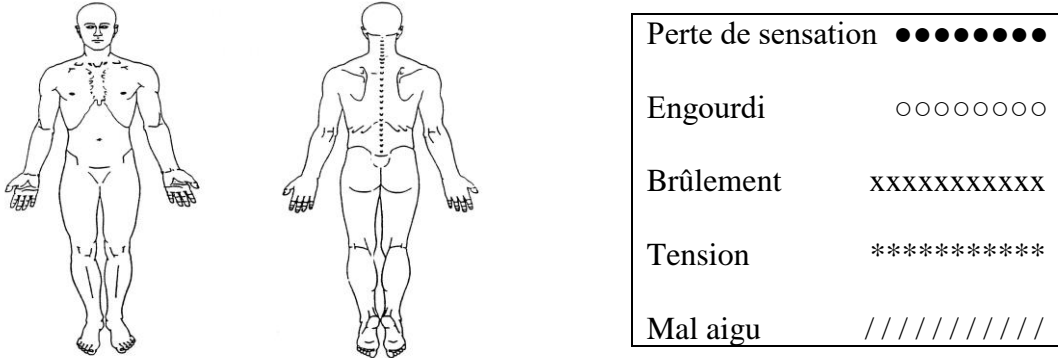
Routine quotidienne  Travail  Sommeil  Autre: \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été diagnostiqué et traité pour le même problème? Si oui, s.v.p. expliquez le diagnostic et le traitement reçu. \_\_\_\_\_

Quel est, d'après vous, le problème? \_\_\_\_\_

Qu'aimeriez-vous être capable de faire à la fin de votre traitement? \_\_\_\_\_

Indiquez toutes les régions de douleur ou autres sensations en utilisant les symboles appropriés.



Perte de sensation	●●●●●●●
Engourdi	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
Brûlement	x x x x x x x x x x
Tension	* * * * * * * * * *
Mal aigu	/ / / / / / / / / /

Tracez une ligne sur l'échelle ci-dessous pour décrire l'intensité de votre douleur :

0 \_\_\_\_\_ 10  
Aucune douleur La pire douleur imaginable

Les gens visitent les chiropraticiens pour différentes raisons. Certains recherchent le soulagement de la douleur et de l'inconfort seulement, d'autres veulent corriger les causes sous-jacentes du problème de santé afin d'accroître leur bien-être et éviter le retour de ces problèmes. S.v.p. cochez quel type de traitement vous recherchez :

- Soulagement des symptômes     Correction     Bien être

**Histoire médicale:**

S.v.p. faire un crochet (☑) si vous souffrez présentement d'une ou plusieurs de ces conditions. S.v.p. encercler les conditions ou symptômes qui vous ont causé des problèmes dans le passé.

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maux de tête       | <input type="checkbox"/> Étourdissement          | <input type="checkbox"/> Basse pression artérielle | <input type="checkbox"/> Infection rénale |
| <input type="checkbox"/> Vision embrouillée | <input type="checkbox"/> Engourdissement         | <input type="checkbox"/> Haute pression artérielle | <input type="checkbox"/> Hernie           |
| <input type="checkbox"/> Fièvre             | <input type="checkbox"/> Faiblesse               | <input type="checkbox"/> Éruption cutanée          | <input type="checkbox"/> Allergies        |
| <input type="checkbox"/> Nausée             | <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine   | <input type="checkbox"/> Problème de peau          | <input type="checkbox"/> Diabète          |
| <input type="checkbox"/> Vomissement        | <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire | <input type="checkbox"/> Trouble urinaire          | <input type="checkbox"/> Maladie du coeur |
| <input type="checkbox"/> Perte de poids     | <input type="checkbox"/> Asthme                  | <input type="checkbox"/> Diarrhée                  | <input type="checkbox"/> Cancer           |
| <input type="checkbox"/> Transpiration      | <input type="checkbox"/> Toux chronique          | <input type="checkbox"/> Constipation              | <input type="checkbox"/> Arthrite         |

Autres problèmes de santé? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indiquez toute chirurgie, chute ou accident que vous avez subis (en incluant cette année) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été dans un accident d'automobile?  Oui  Non Année: \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà perdu connaissance?  Oui  Non

Avez-vous déjà été hospitalisé? Si oui, en quelle année et pourquoi? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

### Histoire médicale familiale

S.v.p notez toutes maladies héréditaires dans votre famille. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

### Habitudes et style de vie

Fumez-vous?  Oui  Non Qualifiez votre sommeil:  Médiocre  Passable  Bon

Faites-vous de l'exercice?  Oui  Non Listez : \_\_\_\_\_

Êtes-vous membre d'un centre de conditionnement physique?  Oui  Non

**Y-a-t' il autre chose que nous devrions savoir?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Merci.