

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : (J/M/A) ____ / ____ / ____

Statut civil : Marié Conjoint de fait Célibataire Divorcé Veuf Autre Sexe : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Tél. résidence : _____ Tél. cellulaire : _____

Tél. bureau : _____ Courriel : _____

De quelle façon est-ce préférable de vous rejoindre? Tél. résidence Cellulaire Tél. bureau Courriel

Autorisez-vous la clinique à communiquer avec vous par courriel? Oui Non

Autorisez-vous la clinique à laisser un message au numéro spécifié pour confirmer un rendez-vous? Oui Non

Occupation : _____ Présentement en arrêt de travail? Oui Non

Avez-vous des enfants? Oui Non Combien? _____

Référé par : Autre professionnel Nom : _____ Clinique : _____

Conjoint Ami Parent Collègue de travail Nom : _____

Publicité Site web Pages jaunes Facebook Google Autre : _____

Nom de votre médecin de famille : _____

Dernier rendez-vous : _____ Date du dernier examen médical : _____

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien? Oui Non

Qui? _____ Quand? _____

Consultez-vous pour un problème relié à un accident de travail (CSST)? Oui Non

Consultez-vous pour un problème relié à un accident de voiture (SAAQ)? Oui Non

Nom de l'agent : _____ Numéro de dossier : _____

Avez-vous des soins payés par le programme des Anciens combattants ou de l'IVAC? Oui Non

Acceptez-vous que nous répondions aux demandes de votre assureur, d'Anciens Combattants Canada, de l'IVAC, de la CSST ou de la SAAQ à propos des dates de vos traitements et des montants payés lors de ces traitements? Oui Non

Personne à rejoindre en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Lien avec vous : _____

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.

Signature du patient ou de la personne responsable : _____

Date : _____

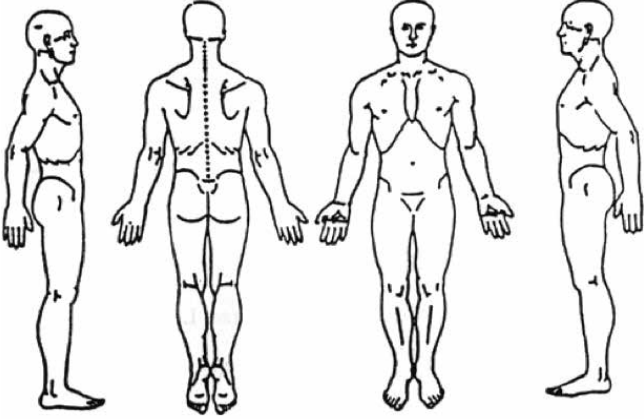
QUESTIONNAIRE D'ADMISSION

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naiss. (J/M/A) : ____ / ____ / ____

Consultez-vous : En prévention Pour un problème en particulier

S'il y a lieu, veuillez indiquer les endroits douloureux sur le dessin



Quel est votre motif de consultation principal?

Quels sont vos autres problèmes par ordre d'importance?

- Depuis combien de temps ressentez-vous votre problème principal? _____
- Quelle est l'intensité de la douleur? Peu de douleur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur extrême
- Ce problème vous affecte combien de jours par semaine? 1 2 3 4 5 6 7
- Comment est survenu ce problème? Graduellement Subitement Suite à un accident Je ne sais pas
- Votre problème est-il plus intense...? au lever le jour le soir la nuit

Avez-vous consulté quelqu'un d'autre pour votre condition? Oui Non

Qui? _____ Quand? _____

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? Oui Non **Avez-vous été hospitalisé?** Oui Non

Si oui, précisez : _____

Avez-vous été traité pour d'autres problèmes de santé au cours de la dernière année? Oui Non

Description _____

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 _____

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

Oui Non Lesquels? : _____

Anti-inflammatoires Relaxants musculaires Analgésiques Haute pression Cholestérol Anovulants

Glande thyroïde Diabète Antidépresseurs Anxiolytiques Autres : _____

Date de votre dernier examen : physique _____ sanguin _____ urinaire _____

Êtes-vous? Fumeur Ancien fumeur Non-fumeur

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

Général

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Gain de poids | <input type="checkbox"/> Perte de poids inexplicable |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Autre problème psychologique |

Neurologique

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Étourdissements/vertiges | <input type="checkbox"/> Perte de mémoire | <input type="checkbox"/> Difficulté à parler | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Évanouissement | <input type="checkbox"/> Mal de tête | <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Difficulté à marcher |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Faiblesses | <input type="checkbox"/> Tremblements |

Musculo-squelettique

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Blessure à la tête |
| <input type="checkbox"/> Blessure au cou | <input type="checkbox"/> Blessure au dos | <input type="checkbox"/> Hernie discale | <input type="checkbox"/> Scoliose |

Endocrinien

- | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie | <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Autre problème hormonal |
|---|--|----------------------------------|--|

ORL

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trouble de vision | <input type="checkbox"/> Vision double | <input type="checkbox"/> Perte d'audition | <input type="checkbox"/> Acouphène |
| <input type="checkbox"/> Douleur à l'oreille | <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Troubles buccaux | <input type="checkbox"/> Saignement de nez |

Respiratoire

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire | <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine |
|---------------------------------|-------------------------------|--|--|

Autre

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Embolie | <input type="checkbox"/> Infarctus | <input type="checkbox"/> Arythmie |
| <input type="checkbox"/> Haute pression | <input type="checkbox"/> Basse pression | <input type="checkbox"/> Cholestérol élevé | <input type="checkbox"/> Allergies : _____ |
| <input type="checkbox"/> Brûlement d'estomac | <input type="checkbox"/> Ulcères | <input type="checkbox"/> Difficulté à uriner | <input type="checkbox"/> Incontinence |

Hommes

- | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problème de prostate | <input type="checkbox"/> Trouble érectile | <input type="checkbox"/> Problème testiculaire | <input type="checkbox"/> ITSS (MTS) |
|---|---|--|-------------------------------------|

Femmes

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleur | <input type="checkbox"/> Règles absentes | <input type="checkbox"/> Règles irrégulières | <input type="checkbox"/> Règles douloureuses |
| <input type="checkbox"/> Douleur aux seins | <input type="checkbox"/> Ménopause | <input type="checkbox"/> ITSS (MTS) | <input type="checkbox"/> Infertilité |

Êtes-vous enceinte? Oui Non Si oui, quelle est la date prévue pour l'accouchement _____

Sommeil : Heures de sommeil par nuit en moyenne _____ Position de sommeil : dos ventre côté (D ou G)

Au réveil, vous êtes : bien reposé fatigué incapable de vous lever

Activités (sports/loisirs) : _____

Stress : sur une échelle de 0 à 10, à combien se situe votre niveau de stress? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Alimentation : Avez-vous des inquiétudes au sujet de votre alimentation? Oui Non Si oui, décrire : _____

Avez-vous d'autres inquiétudes au sujet de votre santé? Oui Non Si oui, décrire : _____

Antécédents familiaux : (problème cardiaque, diabète, cancer, arthrite, problème de thyroïde, cholestérol élevé, AVC, etc.)

Mère : _____

Père : _____

Frères/sœurs : _____

Grands-parents : _____

Je déclare avoir rempli ce questionnaire au meilleur de mes connaissances.

Signature du patient ou de la personne responsable _____ Date : _____

Il est important pour vous de considérer les bienfaits, risques et alternatives aux choix de traitement proposés par votre chiropraticien(ne), de connaître la procédure des traitements proposés et que vous soyez bien informé avant de débiter le traitement, conformément à l'article 43 du Code de déontologie des chiropraticiens.

Le traitement chiropratique peut comprendre l'ajustement, la manipulation et la mobilisation de la colonne vertébrale et des autres articulations du corps, des techniques de relâchement des tissus mous (muscles et autres tissus de soutien) et d'autres modalités de traitement telles que l'électrothérapie ou la thérapie au laser et la prescription d'exercices.

Bienfaits

Le traitement chiropratique a été démontré efficace pour différentes problématiques affectant le cou, le dos et autres régions du corps qui sont causés par une dysfonction des nerfs, des muscles, des articulations et des autres tissus connexes. Le traitement prodigué par votre chiropraticien(ne) peut soulager la douleur, y compris les maux de tête, les engourdissements ou autres sensations anormales, la raideur musculaire et les spasmes. Le traitement chiropratique peut aussi augmenter la mobilité, améliorer le fonctionnement des articulations, des muscles et du système nerveux ainsi que réduire ou éliminer le besoin de médicaments ou de chirurgie.

Risques

Les risques associés au traitement chiropratique varient selon la condition de chaque patient, la partie du corps traitée et le type de traitement prodigué.

Les risques incluent:

- **Aggravation temporaire des symptômes** – En général, toute augmentation de symptômes préexistants, de douleur ou de raideur ne durera que de quelques heures à quelques jours.
- **Irritation cutanée ou brûlure** – Les irritations cutanées ou les brûlures peuvent résulter de l'utilisation de certains appareils d'électrothérapie ou de laser. Une irritation cutanée devrait disparaître rapidement. Une brûlure peut laisser une cicatrice permanente.
- **Élongation musculaire ou ligamentaire** – Normalement, une élongation musculaire ou ligamentaire guérira en quelques jours ou quelques semaines avec un peu de repos, une protection de la partie affectée et d'autres soins mineurs.
- **Fracture d'une côte** – Une côte fracturée est douloureuse et peut limiter vos activités pendant un certain temps. Ce problème guérit généralement de lui-même en quelques semaines, sans nécessiter de traitement ou d'intervention chirurgicale.
- **Blessure ou aggravation d'un problème discal** – Au fil du temps, les disques de la colonne vertébrale peuvent subir une dégénérescence ou être endommagés. La dégénérescence est causée par le vieillissement, tandis que les dommages peuvent résulter de gestes quotidiens courants, tels que se pencher ou soulever un objet. Les patients ayant déjà un disque endommagé ou affecté par la dégénérescence n'ont pas forcément de symptômes. Ils peuvent même ne pas savoir qu'ils ont un problème discal. Ils peuvent aussi ne pas savoir que leur état s'aggrave parce que leurs problèmes au dos ou au cou ne sont pas très fréquents.

Le traitement chiropratique ne devrait pas causer de dommages à un disque qui n'est pas endommagé ou affecté par la dégénérescence. Le traitement pourrait toutefois aggraver un problème préexistant, au même titre que toute autre activité de la vie quotidienne. Les conséquences d'une blessure à un disque ou de l'aggravation d'un problème préexistant varieront pour chaque patient. Dans les cas les plus graves, les symptômes du patient peuvent inclure la perte de mobilité du dos ou du cou, des engourdissements dans les jambes ou les bras, des troubles des fonctions intestinales ou urinaires ou des troubles de la mobilité des jambes ou des bras. Une intervention chirurgicale pourrait être nécessaire.

- **Accident vasculaire cérébral (AVC)** – Bien que les données médicales et scientifiques actuelles ne permettent pas d'établir que le traitement chiropratique puisse causer des dommages à une artère ou un AVC, dans de rares cas, un traitement chiropratique a été associé à un AVC. Toutefois, ces cas peuvent s'expliquer par la présence d'une artère déjà endommagée ou le fait que le patient progressait vers un AVC au moment où il a consulté un chiropraticien.

Plusieurs activités de la vie quotidienne impliquant des mouvements banals du cou ont aussi été associées à des AVC. Ceux-ci résultent d'une artère endommagée dans le cou ou d'un caillot déjà présent dans l'artère, qui se détache et qui monte vers le cerveau.

Le sang arrive au cerveau par deux groupes d'artères qui passent par le cou. Le vieillissement, la maladie ou une blessure peuvent affaiblir ou endommager ces artères. Un caillot sanguin peut se former dans une artère endommagée. Le caillot, en entier ou en partie, peut se détacher de la paroi de l'artère et monter vers le cerveau, où il peut interrompre le flux sanguin et provoquer un AVC.

Les conséquences d'un AVC peuvent être très graves, y compris des troubles importants de la vue, du langage, de l'équilibre et des fonctions cérébrales, ainsi que la paralysie ou la mort.

Choix alternatifs

Les choix alternatifs au traitement chiropratique peuvent inclure la consultation d'autres professionnels de la santé. Votre chiropraticien(ne) peut aussi recommander une période de repos sans traitement ou des exercices avec ou sans traitement.

Questions ou inquiétudes

Nous vous encourageons à poser des questions, en tout temps, sur votre évaluation et votre traitement. N'hésitez pas à mentionner à votre chiropraticien(ne) toute inquiétude que vous pourriez avoir. Si vous ne vous sentez pas à l'aise, vous pouvez interrompre le traitement en tout temps.

**Votre santé vous concerne, soyez-en responsable.
Aviser sans délai votre chiropraticien(ne) de tout changement de votre état de santé.**

NE SIGNEZ PAS CE FORMULAIRE AVANT D'AVOIR RENCONTRÉ VOTRE CHIROPRACTIEN(NE)

Je reconnais avoir discuté de mon état de santé et avoir été informé(e) de la nature du problème à traiter par mon (ma) chiropraticien(ne), de la procédure des traitements qu'il (elle) me propose ainsi que de ses bienfaits potentiels et de ses risques.

Je déclare avoir été informé d'alternatives aux traitements proposés.

Je déclare avoir reçu les informations et explications nécessaires pour donner un consentement libre et éclairé aux traitements proposés par mon (ma) chiropraticien(ne).

Je déclare avoir été informé(e) que je peux en tout temps révoquer mon consentement et que tout changement significatif dans le plan de traitement qui m'est proposé sera soumis à un consentement distinct de ma part.

Nom complet du patient en lettres moulées

Signature du patient (ou du tuteur)

Date de naissance du patient

Nom complet du (de la) chiropraticien(ne) en lettres moulées

Signature du (de la) chiropraticien(ne)

Date