

QUESTIONNAIRE D'ADMISSION



CENTRE
CHIROPRATIQUE
Équilibre

Nom _____ Prénom _____ Date de Naissance ____-____-____

Sexe : ____ Marié Conjoint de fait Célibataire Divorcé Veuf Autre : _____

Adresse _____ Ville _____ Code postale _____

Téléphone résidence _____ Cellulaire _____ bureau _____

Courriel _____ Occupation _____

CIE d'Assurance _____ CSST SAAQ NO _____

Référé par Ami Parent Collègue Médecin NOM _____

Publicité Site Web Pages jaunes Facebook Google Autres _____

Nom de votre médecin de famille _____ Date dernier examen _____

Quel est le motif de consultation

Depuis combien de temps _____

Comment est survenu ce problème

subitement Graduellement Accident Autre

Votre problème est-il plus intense

Au lever le jour le soir la nuit

Encercler l'intensité de la douleur

Peu de douleur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrême

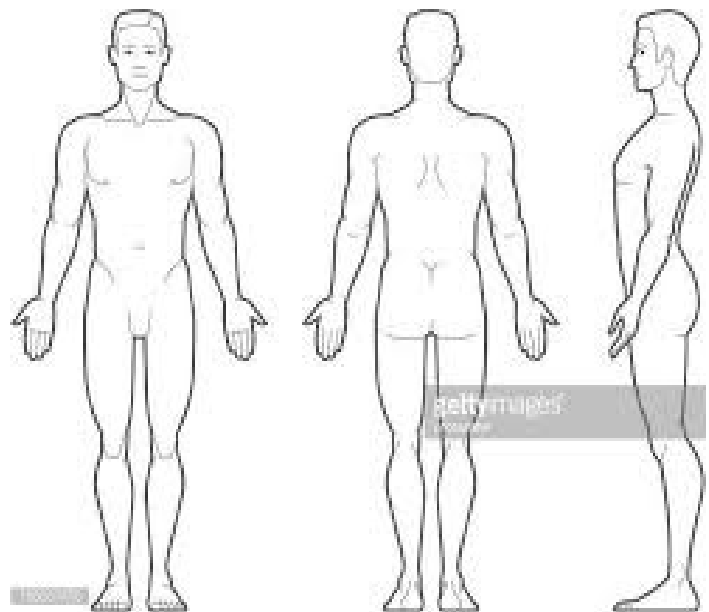
Avez-vous consulté pour ce problème : NON OUI

chiropraticien _____

Médecin _____

Autre _____

Indiquez les endroits de vos douleurs :



Prenez-vous des médicaments (avec ou sans prescription)

Produits naturels ou suppléments alimentaires ?

Lesquels : _____

Opération ou chirurgie, si oui expliquez :

HISTORIQUE DES TRAUMATISMES

Avez-vous déjà subi des chutes (travail-enfance-à la maison) si oui expliquez _____

Accident de voiture - moto- autre : si oui, expliquez :

Blessure sportives, si oui expliquez : _____

Souffrez-vous OU avez-vous déjà souffert de :

Général

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sueur nocturne | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Gain de poids | <input type="checkbox"/> Perte de poids |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Épuisement prof |
| <input type="checkbox"/> stress | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> prob.psychologique |

Neurologique

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Étourdissement | <input type="checkbox"/> Perte mémoire | <input type="checkbox"/> Difficulté parlé | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Évanouissement | <input type="checkbox"/> Mal de tête | <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Difficulté marcher |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Faiblesse | <input type="checkbox"/> Tremblements |

Musculo-squelettique

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Blessure tête |
| <input type="checkbox"/> Blessure au cou | <input type="checkbox"/> maux de 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"/> prob.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 oreille | <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Trouble buccaux | <input type="checkbox"/> Saignement nez |

Respiratoire

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Diff.respiratoire | <input type="checkbox"/> Douleur 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 + | <input type="checkbox"/> Allergie |
| <input type="checkbox"/> Brûlement estomac | <input type="checkbox"/> Ulcères | <input type="checkbox"/> Diff.uriner | <input type="checkbox"/> Incontinence |

Homme

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

Femme

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bouffées chaleur | <input type="checkbox"/> Règles absentes | <input type="checkbox"/> Règles irrégulières | <input type="checkbox"/> Règles douloureuses |
| <input type="checkbox"/> Douleurs seins | <input type="checkbox"/> Ménopause | <input type="checkbox"/> ITSS (MTS) | <input type="checkbox"/> Infertilité |
| <input type="checkbox"/> êtes - vous enceinte | Date _____ | | |

Position au sommeil

- Côté
 Ventre
 Dos

Combien d'heures par nuit

- 5 et moins
 5 et plus
 10 et plus

Antécédents familiaux

(père, mère, frère, soeur)

Encerclez si un membre de votre famille souffrent de :

prob.cardiaque

Diabète

Cancer

Arthrite-Arthrose

Thyroïde

Cholestérol

AVC

Autres : _____

Je déclare que toutes les informations fournies sont complètes et exactes et je consens à recevoir les examens nécessaires;

Signature _____ Date _____