



22 Chemin Old Chelsea
 Chelsea, Qc
 J9B 1K9
 (819) 827-4499
 www.maisonchiropratique.com

Formulaire pour les nouveaux Grands

Date: _____

Avant de commencer, nous aimerions savoir à qui nous devons un immense MERCI! pour vous avoir référé à nous: _____

S'il-vous-plaît, remplir toutes les questions au mieux de vos connaissances. Merci.

Informations personnelles

(compléter à l'encre s'il-vous-plaît)

Prénom: _____ Nom de famille: _____

Genre : F M Autre

Date de naissance : _____

Adresse: _____

Ville: _____

Code postal: _____

Téléphone Résidence: _____ Travail : _____

Cellulaire: _____

Courriel: _____

Peut-on vous envoyer un courriel cette adresse? Oui Non

De quelle manière préférez-vous que nous vous rappelions votre rendez-vous?

Téléphone Courriel

Contact en cas d'urgence : Nom _____ #téléphone _____

Numéro d'assurance Maladie du Québec : _____ Exp _____

Quelle est votre occupation? _____

Où travaillez-vous? _____

Êtes-vous? célibataire marié (e) conjoint(e) de fait divorcé (e) veuf (ve)

Quel est le nom de votre partenaire de vie? _____

Quels sont les noms de vos enfants et leurs âges? _____

Histoire actuelle

Racontez-nous votre histoire... Si vous consultez pour une santé optimale, racontez-nous ce que vous faites déjà pour améliorer cet état. Si vous consultez pour un état particulier, racontez-nous comment vous pensez que ça a commencé et ce que vous avez eu à traverser depuis. Vous pouvez ajouter d'autres feuilles au besoin.

Avez-vous consulté un (e) autre spécialiste pour la même raison qui vous amène ici?

Non

Oui Si oui, qui? _____ Quand? _____
Et quel en a été le résultat? _____

Avez-vous déjà reçu des soins chiropratiques?

Non

Oui Si oui, qui était votre chiropraticien(ne)? _____

Date du dernier ajustement: _____

Qu'avez-vous le plus aimé de ces soins? _____

Qu'avez-vous le moins aimé de ces soins? _____

Objectifs secondaires

Existe-t-il d'autres raisons pour lesquelles nous pourrions vous être utiles et que vous aimeriez que nous adressions éventuellement?

Histoire de vie

Au mieux de vos connaissances, comment s'est passé votre grossesse (lorsque votre mère était enceinte de vous) et votre accouchement?

Avez-vous été victime de traumatismes à la naissance tels

- Induction (travail provoqué) Césarienne Autre
 Péridurale/épidurale/anesthésie Forceps/ventouse

Avez-vous reçu les vaccins de routine? Oui /Non Date des plus récents vaccins: _____

Avez-vous souffert de réactions adverses aux vaccins? Oui Non

Comment était votre santé en général lorsque vous étiez...

- Enfant ? _____
- Adolescent? _____
 - Faisiez-vous beaucoup de sport? _____
 - Quel sport en particulier? _____
 - Si vous êtes une femme, le début des règles s'est bien passé? _____
- Adulte? _____

Date des dernières prises de sang: _____

Souffrez-vous de déséquilibres tels:

- Cholestérol élevé Diabète Autre problème chronique
 Hypertension Anémie

Avez-vous déjà...

Été opéré? Non
 Oui Si oui, quand et pourquoi? _____

Été victime de chutes, de collisions automobiles ou de blessures? Non
 Oui
 Si oui, quand et décrire brièvement: _____

Subi des fractures ou des pertes de conscience? Non
 Oui
 Si oui, quand et décrire brièvement: _____

Été hospitalisé? Non
 Oui Si oui, quand et pourquoi? _____

Antécédents familiaux

Est-ce que votre père et votre mère sont en bonne santé? Oui Non

- Si Non, spécifiez brièvement:
- Y a-t-il une historique dans la famille de problèmes cardiaques,
- problèmes de thyroïde ou cancers particuliers?

Si vous avez des frères, des sœurs et ou des enfants, sont-ils en bonne santé? Oui Non

- Si Non, spécifiez brièvement:

Style de vie

Prenez-vous des médicaments (drogues), incluant la pilule anticonceptionnelle? Non

Oui Si oui, lesquels? _____
 Depuis quand et à quelle dose? _____

Prenez-vous des suppléments, incluant les vitamines? Non

Oui Si oui, lesquels? _____
 Depuis quand et à quelle dose? _____

Prenez-vous du café, du thé, ou des boissons gazeuses? Non

Oui Si oui, combien? _____

Fumez-vous la cigarette, la marijuana ou le haschish? Non

Oui Si oui, combien? _____

Prenez-vous de l'alcool? Non Oui Si oui, combien? _____

Selon vous, buvez-vous suffisamment d'eau? Oui Non Je ne sais pas

Combien de verres d'eau buvez-vous par jour? _____

Faites-vous de l'exercice régulièrement? Non

Oui Si oui, quoi? _____

À quelle intensité? Faible Modérée Intense

Combien de fois par jour ou par semaine? _____

Combien d'heures de sommeil dormez-vous par nuit? _____

Votre sommeil est bon? Oui Non

Dans quelle position dormez-vous? _____

Votre matelas a quel âge? _____

Votre oreiller a quel âge? _____

Considérez-vous votre alimentation comme bonne? Oui Non

Êtes-vous végétarien? _____

Mangez-vous du poisson, et si oui à quelle fréquence? _____

Combien de portions de lait de vache prenez-vous par jour? _____

Mangez-vous souvent...

des plats cuisinés à la maison des repas au restaurant

des plats préparés d'avance au magasin

Quelles sont vos passe-temps et/ou vos passions? _____

Revue des systèmes

Souffrez-vous de difficultés au niveau...

- Des yeux – infections récurrentes, strabisme, myopie, presbytie, etc.
- Des oreilles – otites, problèmes d'audition, entendre des bruits constants, etc.
- Du nez ou des sinus – congestion, rhumes fréquents, sinusites à répétition, allergies, etc.
- De la bouche ou de la gorge – abcès, maux de gorge fréquents, etc.
- De la digestion – reflux acides, difficulté à digérer certains aliments, allergies, etc.
- De l'élimination – diarrhée ou constipation fréquente, difficulté/douleur à uriner, etc.
- Des poumons et de la respiration – difficulté à respirer, bronchite chronique, asthme, etc.
- Du coeur – problèmes cardiaques, sensation de palpitations, haute ou basse pression, etc.
- Du système nerveux ou vasculaire – maux de tête, migraines, étourdissements, vertiges, évanouissements, tremblements, engourdissements, perte de mémoire, etc.
- De la peau – irritations, boutons/plaques, démangeaisons, eczéma, psoriasis, etc.
- Du système osseux et articulaire – douleur à d'autres articulations, etc.
- De la santé émotionnelle – face au travail, à la maison, à l'école, aux finances, à la grossesse, au rôle d'aidant naturel, à la perte d'un proche, etc.
- De la santé psychologique – Dépression, irritabilité, fatigue, nervosité, etc.
 - Pas trop stressé?
- De la fertilité – difficultés à concevoir, fausses couches, etc.
- Du système génital –
 - pour les femmes: douleurs menstruelles, symptômes de ménopause, etc.
 - pour les hommes: difficultés érectiles, diminution de la libido, etc.

Attentes

Quelles sont vos attentes en venant ici ?

Désirez-vous recevoir des soins...

- Symptomatiques pour diminuer la douleur
- Pour restaurer votre santé
- Pour maintenir votre santé
- Pour augmenter votre niveau de mieux-être

La Santé et la Qualité de vie sont parmi les biens les plus précieux dans ce monde – VOTRE SANTÉ ET CELLE DE VOTRE FAMILLE. La Chiropratique est là pour Vous. Les ajustements vont vous aider à exprimer votre plein potentiel de vie. Lorsque vous recevez un ajustement chiropratique, le travail ne fait que commencer. Dans les heures et les jours suivants votre ajustement, votre Intelligence Innée continuera à travailler en utilisant les informations reçues lors de l’ajustement afin de vous améliorer et de vous aider. À la Maison Chiropratique Petits et Grands, nous ajustons des personnes et le corps décide, grâce à son Intelligence Innée, ce qui doit être fait, et ce qui peut encore être fait, et ce processus prend du temps. Nous travaillons en harmonie avec votre sagesse intérieure. Cette démarche implique que vous aussi vous repreniez le contrôle de votre vie et de votre santé, et que vous acceptez de vous investir à assister votre “Docteur Intérieur”.

Je reconnais que les renseignements fournis sont exacts au mieux de mes connaissances et je consens à recevoir les examens nécessaires pour évaluer ma condition.

Signature

Date