

## Historique Médicale

Date de consultation : \_\_\_\_\_ Genre : Femme  Homme

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

Date de naissance : ( ) jour • ( ) mois • ( ) année • Âge : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ • Province : \_\_\_\_\_ • Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone • Domicile : \_\_\_\_\_ • Travail : \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_ • Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Oui, vous pouvez me faire parvenir par courriel des rappels de rendez-vous, mes déclarations et tous changements importants concernant la clinique

Non, ne me contactez pas par courriel.

Occupation : \_\_\_\_\_

Contact en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ • Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

Numéro du contact : \_\_\_\_\_

### Comment avez-vous entendu parler de nous?

Internet  Portage  Médecin : \_\_\_\_\_

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

Recommandation d'un autre client : \_\_\_\_\_

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

### Soins chiropratiques antérieurs :

Nom : \_\_\_\_\_ • Date : \_\_\_\_\_

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

### Médecin de famille :

Nom : \_\_\_\_\_ • Téléphone : \_\_\_\_\_

Prise de radiographie, IRM, échographie?  Oui  Non • Date : \_\_\_\_\_

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?

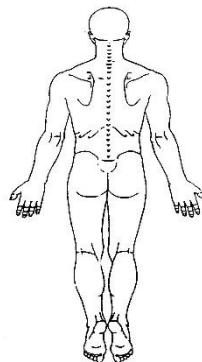
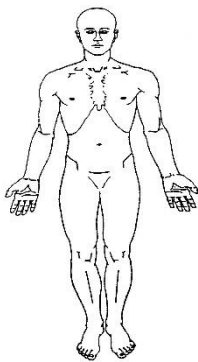
Travail?  Sommeil?  Autre : \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

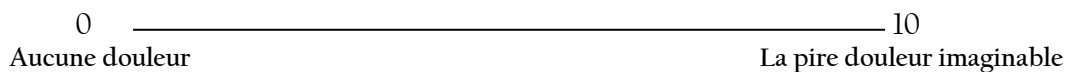
Qu'aimeriez-vous être capable de faire à la fin de votre traitement? \_\_\_\_\_

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 x x
Tension	* * * * * * * * * *
Mal aigu	/ / / / / / / / / /

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



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 cœur  |
| <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 subi (incluant cette année) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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 • s.v.p. listez : \_\_\_\_\_

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

Évaluez votre alimentation :  Médiocre  Passable  Bonne  Excellente

Prenez-vous des vitamines et/ou minéraux?  Oui  Non • s.v.p. listez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Merci!