

Questionnaire de santé

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 : _____

Médecin de famille :

Nom : _____ • Téléphone : _____

Prise de radiologie, IRM, échographie? Oui Non • Date : _____

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

Date du dernier examen médicale : _____

Problèmes (douleurs ou symptômes) principaux? _____

Autres problèmes? _____

Depuis combien de temps souffrez-vous de cette condition? _____

À quoi l'attribuer 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 soulage vos symptômes? _____

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

Travail? Sommeil? Autre : _____

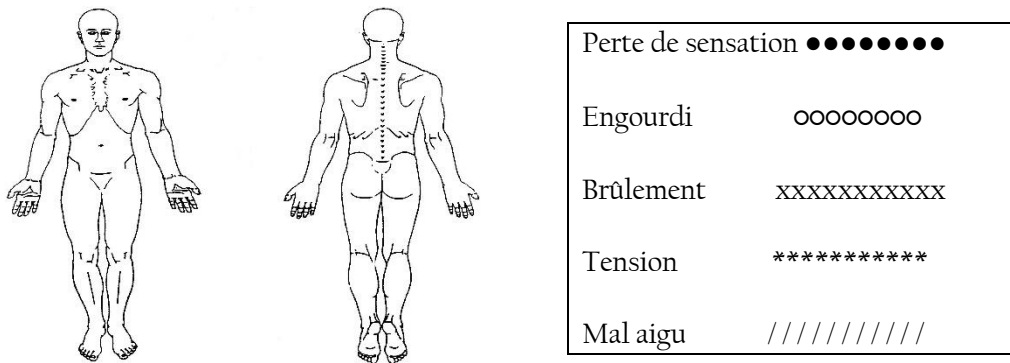
No. de dossier : _____

Avez-vous déjà été diagnostiqué et traité pour le même problème? Si oui, s'il vous plaît, 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.



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



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"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine | <input type="checkbox"/> Maladie du cœur |
| <input type="checkbox"/> Anxiété/Attaque de panique | <input type="checkbox"/> Engourdissement | <input type="checkbox"/> Maux de tête |
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Éruption cutané | <input type="checkbox"/> Nausée |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Étourdissement | <input type="checkbox"/> Perte de poids |
| <input type="checkbox"/> Basse pression artérielle | <input type="checkbox"/> Faiblesse | <input type="checkbox"/> Problème de peau |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Toux chronique |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Haute pression artérielle | <input type="checkbox"/> Transpiration |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Hernie | <input type="checkbox"/> Trouble urinaire |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Infections rénale | <input type="checkbox"/> Vision embrouillé |
| <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque congestive | <input type="checkbox"/> Vomissement |

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? _____

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!

Consentement pour la manipulation articulaire

La manipulation articulaire consiste en une poussée de haute vitesse et de faible amplitude sur un os pour permettre le mouvement d'une articulation. C'est une méthode sûre et efficace pour rétablir le mouvement dans une articulation et réduire la douleur dans les muscles dans les zones environnantes. Il y a souvent un « pop » ou un « claquement » qui peut se produire, c'est simplement la pression d'air qui relâche. Votre physiothérapeute déterminera si vous êtes un bon candidat pour la manipulation avant que la technique soit effectuée. Cette décision sera guidée par les résultats de votre examen physique et de la connaissance et vos antécédents médicaux.

Des effets secondaires temporaires et légers peuvent survenir avec des manipulations articulaires. Ceux-ci incluent, mais ne sont pas limités à, l'inconfort local, l'engourdissement, le vertige, et/ou les maux de tête. Les effets secondaires plus graves sont beaucoup moins fréquents, mais peuvent quand même se produire. Ceux-ci comprennent, mais sans s'y limiter, une aggravation des symptômes, une lésion du nerf ou du disque, une fracture, et rarement avec une manipulation du cou, un accident vasculaire cérébral et la mort. Les estimations du risque d'effets secondaires graves d'une manipulation du cou varient considérablement de 1/50 000 à 1 / 5,85 million, mais le risque semble « plus petit que celui associé à de nombreux tests de diagnostic couramment utilisés ou des médicaments d'ordonnance ».

La manipulation des articulations peut ne pas être appropriée si vous :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> êtes enceinte | <input type="checkbox"/> avez un stimulateur cardiaque ou une maladie cardiaque |
| <input type="checkbox"/> avez un trouble de collagène | <input type="checkbox"/> avez une densité osseuse déficiente |
| <input type="checkbox"/> avez une laxité ligamentaire | <input type="checkbox"/> avez des antécédents d'AVC |

Je reconnais avoir parlé avec le physiothérapeute de mon état de santé et de mon plan de traitement. Je comprends la nature du traitement qui m'est offert. J'ai pris en considération les bienfaits et les risques du traitement, ainsi que les choix alternatifs. Par la présente, je consens à la manipulation des articulations tel qu'il me fut proposé.

Nom complet du patient en lettres moulées

Signature du patient (ou du tuteur)

Date : _____, 20 ____