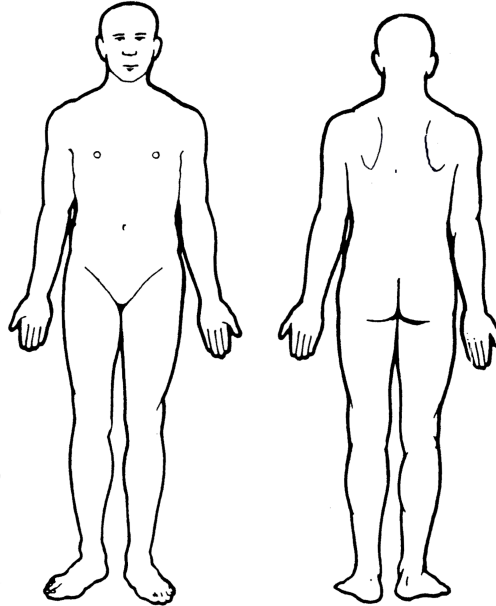


Nom de famille		Prénom			Date du jour	
Adresse				Ville, Province		
Code postal	Date de naissance (J/M/A)	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Occupation	Grandeur	Poids	#d'enfants
Téléphone (Résidence)		Téléphone (Cellulaire)		Téléphone (Travail)		
Courriel						
Qui vous a recommandé à notre clinique?						
<input type="checkbox"/> Patient/Ami (Nom : _____) <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Autre : _____						
<u>MOTIF DE CONSULTATION</u>						
Quelle est la raison principale de votre consultation?						
<input type="checkbox"/> Amélioration générale de la santé <input type="checkbox"/> Problème précis : _____						
Depuis quand ressentez-vous ce problème? _____						
Est-ce le premier épisode? _____						
Qu'est-ce qui a provoqué l'apparition de ce problème? _____						
Encerclez le chiffre qui correspond à l'intensité de votre douleur actuelle :						
(nulle) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (extrême)						
Depuis le début de l'épisode actuel, la douleur : <input type="checkbox"/> augmente <input type="checkbox"/> diminue <input type="checkbox"/> est stable						
Votre douleur se qualifie comme étant :						
<input type="checkbox"/> engourdissement <input type="checkbox"/> brûlure <input type="checkbox"/> élancement <input type="checkbox"/> pression <input type="checkbox"/> pulsation <input type="checkbox"/> Autre : _____						
Quel mouvement/activité aggrave votre douleur :						
<input type="checkbox"/> debout <input type="checkbox"/> assis <input type="checkbox"/> couché <input type="checkbox"/> Autre : _____						
Quel mouvement/activité soulage votre douleur :						
<input type="checkbox"/> repos <input type="checkbox"/> changement de position <input type="checkbox"/> glace/chaleur <input type="checkbox"/> Médication : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____						
Avez-vous déjà consulté un autre professionnel de la santé pour cette condition?						
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____						

Veillez indiquer les zones douloureuses sur ce schéma



HABITUDES DE VIE

Faites-vous de l'activité physique?

Non Oui (___ hres/semaine Activités pratiquées : _____)

Quelle est la qualité de votre alimentation? excellente normale inadéquate

Mangez-vous fréquemment (F), occasionnellement (O), jamais (J):

Sucre raffiné (ex : dessert) ___ Produits laitiers ___ Pâte/pain de blé ___ Viande rouge ___ Viande blanche ___

Alcool : ___/semaine Café/thé : ___/jour Verres d'eau : ___/jour Boisson pour sportif (ex. Gatorade) : ___/semaine

Portion de fruits : ___/jour Portion de légumes : ___/jour Boisson énergisante (ex. red bull) : ___/semaine

Boisson gazeuse : ___/jour

Est-ce que vous fumez? Non Oui (cigarette/j : _____)

Habituellement vous dormez sur le : dos ventre côté **Nombre d'heures de sommeil:** ___/nuit

Plus de 50% du temps alloué au travail se passe :

assis à conduire à marcher à lever ou transporter des charges incliné en torsion debout

Niveau de stress : bas moyen élevé très élevé

Quel est votre niveau d'engagement par rapport à vous et votre santé?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0=aucun, 10= maximum)

HISTORIQUE DE SANTÉ

Avez-vous déjà été opéré? Non Oui (indiquez les motifs et les années) : _____

Avez-vous déjà été hospitalisé? Non Oui (indiquez les motifs et les années) : _____

Avez-vous déjà eu des accidents de la route ou autre accident majeur? Non Oui (indiquez les années)

Avez-vous déjà eu des fractures/foulures? Non Oui (indiquez les régions et les années) :

Avez-vous des cicatrices? Non Oui (indiquez les régions et les années) :

Avez-vous déjà eu un traitement d'orthodontie ? Non Oui Années : _____

Avez-vous une maladie connue? Non Oui (indiquez les années)

Prenez-vous des médicaments? Non Oui (Lesquels?) :

Prenez-vous des vitamines ou autres produits naturels? Non Oui (Lesquels?) :

Date du dernier examen médical _____ **Médecin :** _____

Date du dernier examen/traitement chiropratique _____ **Chiropraticien :** _____

Autres informations importantes en lien avec votre santé (traitement dentaire important présent ou passé, fusion vertébrale, pacemaker, prothèse, ablation, etc.) :

RÉSERVÉ AUX ADOLESCENTES ET AUX FEMMES :

Méthode contraceptive : Non Oui : _____
Menstruations : Non Oui (irrégulières douloureuses abondantes)
Chirurgie mammaire : Non Oui (augmentation diminution)
Êtes-vous enceinte? Non Oui (nombre de semaine) : ____ Ne sait pas
Nombre de grossesse : ____
Nombre d'accouchement : ____ Méthode : naturel césarienne épidural

REVUE DES SYSTÈMES

Avez-vous des problèmes de (cochez) :

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Troubles de sommeil | <input type="checkbox"/> Haute pression artérielle | <input type="checkbox"/> Reflux gastriques | <input type="checkbox"/> Éruptions cutanées |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Basse pression artérielle | <input type="checkbox"/> Digestion difficile | <input type="checkbox"/> Peau sèche |
| <input type="checkbox"/> Nervosité/anxiété | <input type="checkbox"/> Palpitations | <input type="checkbox"/> Gaz et rapports | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité | <input type="checkbox"/> Pieds et mains froides | <input type="checkbox"/> Ballonnements | <input type="checkbox"/> Urticaire |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Chevilles enflées | <input type="checkbox"/> Nausées | <input type="checkbox"/> Zona |
| <input type="checkbox"/> Perte d'équilibre | <input type="checkbox"/> Uriner au lit | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Démangeaisons |
| <input type="checkbox"/> Yeux larmoyants | <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Constipations | |
| <input type="checkbox"/> Étourdissement | <input type="checkbox"/> Asthme/emphysème | <input type="checkbox"/> Vomissements | |
| <input type="checkbox"/> Transpiration | | <input type="checkbox"/> Intestin irritable/Crohn/Colite ulcéreuse | |
| <input type="checkbox"/> Tremblement | | <input type="checkbox"/> Problème au foie/vésicule biliaire | |

Quel but voulez-vous atteindre en consultant à la Clinique Expression Santé ?

Soulagement temporaire Correction durable Santé optimale

Quelles stratégies êtes-vous prêt à utiliser selon vos besoins pour améliorer votre santé?

Exercices spécifiques Changements alimentaires Prise de suppléments nutritionnels Stratégies de gestion du stress

Par la présente, je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et j'autorise 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

(sur mon enfant (si moins de 14ans) : _____).

Tous les frais de la première visite doivent être payés la journée même et les soins chiropratiques doivent être payés à chaque visite. **Première visite**, incluant: ouverture de dossier, anamnèse, examen physique et traitement

0-14 ans : 170\$ 15 ans et + : 190\$

Traitement lors des visites subséquentes: 0-14 ans : 85\$ 15 ans et + : 95\$

Afin d'éviter les frais d'annulation, vous devez modifier ou annuler au moins 24h avant votre rendez-vous. Pour les changements tardifs, des frais de 45\$ seront à payer. Si vous confirmez votre présence et que vous ne vous présentez pas à un rendez-vous, les frais de visite seront à payer en totalité. Pour prendre connaissance de notre politique de confidentialité relativement au consentement à la collecte, l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels, veuillez consulter notre site web au cliniqueexpression.com/politique-de-confidentialite.

Signature : _____

Date : _____