

Date : \_\_\_\_\_

**DOSSIER D'OUVERTURE (1)**

Dossier \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Sexe: F  M

Adresse: \_\_\_\_\_ Date de naissance: an \_\_\_\_/ ms \_\_\_\_/ jr \_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Marié(e).  Célib.  Veuf (ve)  Div.

Code postal: \_\_\_\_\_ Tél. résidence : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Conjoint(e) de fait:

Cellulaire : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Travail : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Assurances pour la chiropratique : Oui  Non  ?

Recommandé(e) par \_\_\_\_\_ Ami (e)  Parent (e)  Connaissance

Renseigné (e) par : Pages jaunes  Enseigne  Publicité  Autre  \_\_\_\_\_

1. Raison principale de votre consultation :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Autres problèmes par ordre d'importance :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Vos attentes :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Problème Principal**

4. Ressenti depuis : \_\_\_\_\_

5. Arrivé graduellement  subitement

Choc  Accident  Ne sais pas

6. Il est présent \_\_\_\_% du temps,  
Il s'aggrave  est stable  s'améliore

7. Pire au lever , le jour , le soir , la nuit

8. Nuit à travail , sommeil  routine

9. Vous prive de travail , sommeil  routine

10. Pour ce dernier vous avez déjà consulté

Chiropraticien  Médecin  Autre(s)

Spécifiez : \_\_\_\_\_

Résultats : \_\_\_\_\_

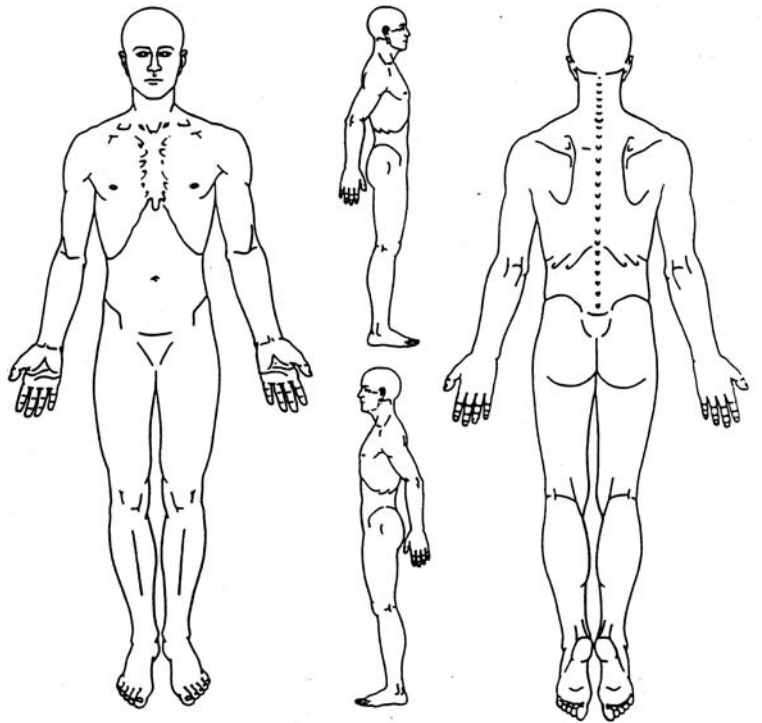
11. Problème semblable auparavant Oui  Non

Quand? \_\_\_\_\_

Détails : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indiquez sur le schéma les endroits exacts de vos douleurs.



Cochez la case qui correspond à la sévérité de votre douleur principale

Pas de douleur

Douleur extrême

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Date de votre dernier examen:

Moins de 6 mois

6-18 mois

plus de 18 mois

Jamais

Chiropratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date : \_\_\_\_\_

## Dossier d'ouverture (2)

No : \_\_\_\_\_

### ANTÉCEDENTS FAMILIAUX:

1-Père: âge \_\_\_\_\_ Si décédé, cause \_\_\_\_\_

2-Mère: âge \_\_\_\_\_ Si décédée, cause \_\_\_\_\_

3-Nombre de sœurs : \_\_\_\_\_ de frères : \_\_\_\_\_

4- membres de votre famille est atteint de :

Troubles cardiaques  Cancer  Diabète

Arthrose/Arthrite  Autres  : \_\_\_\_\_ -

### Prise actuelle de médicaments : Non oui

Anti-inflammatoires  Antidouleurs

Relaxants musculaires  Hormones

Pression artérielle  Diabète  Thyroïde

Anovulants  Autres:  \_\_\_\_\_

Médicaments non-prescrits  \_\_\_\_\_

### A- Position au travail :

Debout  Assis  En mouvement

B- Orthèses :aux pieds Oui  Non

C- Habituellement, vous dormez sur le  
dos  côté  ventre

D- Sommeil moyen : \_\_\_\_\_ heures/ nuit

### E- Vous fumez ou consommez :

Cigarettes \_\_\_/jour, Joints \_\_\_/jour \_\_\_/sem.

Verres d'alcool \_\_\_/jour \_\_\_/sem.

Tasses de café ou thé \_\_\_/jour \_\_\_/sem

Autres... : \_\_\_\_\_

Vitamines et suppléments Oui  Non

Lesquels? \_\_\_\_\_

F- Heures d'exercice physique \_\_\_\_\_/sem

G- Sports pratiqués : \_\_\_\_\_

### Maintenant (M) Dans le passé (P)

(M) (P)

1.   Allergies
2.   Angoisse
3.   Arthrite
4.   Ballonnement/gaz
5.   Basse pression
6.   Constipation
7.   Convulsions
8.   Démangeaisons
9.   Dépression
10.   Diabète
11.   Diarrhée
12.   Ecchymoses (bleus faciles)
13.   Engourdissements
14.   Épilepsie
15.   Éruptions cutanées (rougeurs)
16.   Étourdissements/vertiges
17.   Évanouissements
18.   Extrémités froides/moites
19.   Fatigue
20.   Fracture
21.   Frissons
22.   Haute pression
23.   Hypoglycémie
24.   Incontinence urinaire
25.   Insomnie
26.   Irritabilité
27.   Maladies héréditaires
28.   Maux de dos
29.   Maux de tête
30.   Méningite
31.   Oedème (enflure)
32.   Opération/chirurgie
33.   Perte ou gain de poids

(M) (P)

34.   Pierres aux reins
35.   Tremblements
36.   Troubles aux pieds
37.   Troubles cardiaques
38.   Troubles circulatoires
39.   Troubles respiratoires
40.   Troubles de vue
41.   Troubles digestifs
42.   Troubles d'ordre sexuel
43.   Troubles d'ouïe (oreilles)
44.   Troubles hormonaux
45.   Troubles psychologiques
46.   Troubles rénaux
47.   Varices
48.   Saignements de nez
49.   Sang dans les selles
50.   Sang dans l'urine
51.   Sinusite
52.   Uriner fréquemment
53.   Uriner la nuit
54.   Troubles de la prostate
55.   Cancer

### Femmes

56.   Absence de menstruation
57.   Crampes abdominales
58.   Flux menstruel abondant
59.   Menstruation douloureuse
60.   Pertes vaginales
61.   Symptômes de ménopause
62. Êtes-vous enceinte?  
Oui  Non  Peut-être

### PAIEMENTS

Les radiographies, les examens et les soins chiropratiques sont payables à chaque visite, à moins que d'autres arrangements aient été faits au préalable. **Les radiographies demeurent la propriété de la clinique.**

### DÉCLARATION POUR TOUS

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et je consens à subir les examens nécessaires.

SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: An \_\_\_\_\_ Ms \_\_\_\_\_ Jr \_\_\_\_\_