

OUVERTURE DE DOSSIER

Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____

Téléphone: résidence _____ cellulaire _____ travail _____

Occupation: _____ Courriel: _____

Comment avez-vous entendu parler de la clinique? Site web Réseaux sociaux Journal Bottin Ami: _____

Autre professionnel: _____ Autre: _____

Contact d'urgence

Nom: _____ Lien: _____ Téléphone: _____

MOTIF DE CONSULTATION

Prévention Problème particulier

Motif principal

Depuis combien de temps: _____

Circonstances de survenue: Graduellement Subitement Traumatisme Ne sais pas

Évolution de la condition: S'améliore S'aggrave Ne change pas

Intensité: 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10 ○

Caractère: Raideur Élanement Point Coup de couteau Brûlure Serrement

Lourdeur Pression Chocs électriques Autre: _____

Facteurs aggravant la condition: _____

Facteurs atténuant (soulageant) la condition: _____

Symptômes associés (autres symptômes): _____

Épisode semblable auparavant: Oui Non Autre professionnel consulté? Qui? _____

HISTORIQUE DE SANTÉ

Maladies connues: _____

Antécédents familiaux: _____

Dernier suivi avec un médecin. Particularités: _____

Date: _____

Avez-vous consulté et/ou été traité pour une autre condition de santé dans la dernière année? Précisez. _____

Exercice et loisirs: _____

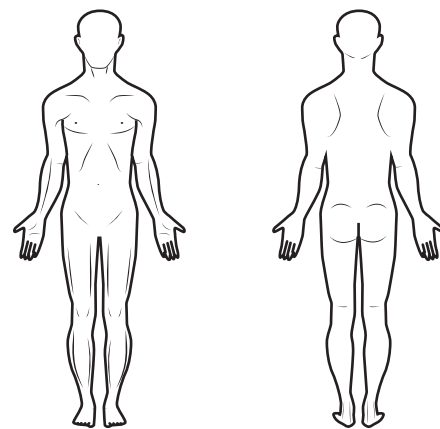
Autres professionnels consultés: _____

Position de sommeil: Sur le dos Sur le côté droit Sur le côté gauche Sur le ventre

Stress physiques - Traumatismes

Accident d'auto Accident de travail Accident de sport
 Fractures Dislocations Chirurgies Hospitalisations

Précisez: _____



LOCALISEZ LES ZONES TOUCHÉES

Stress chimiques

Médicaments

Produits naturels

Suppléments alimentaires

Précisez: _____

Cigarette: Fumeur Ancien fumeur Non fumeur Alcool: _____

Alimentation: Trop de gras Trop de sel Trop de sucre Pas assez d'eau Pas assez de fruits & légumes

Stress psychologique

Niveau de stress: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stress particulier? Précisez: _____

Autres inquiétudes au sujet de votre santé: _____

Cochez si vous avez déjà présenté ou si vous présentez l'une des conditions suivantes:

Général:

- Fièvre
- Douleurs nocturnes
- Raideurs matinales
- Perte ou gain de poids inexplicé
- Perte de sensation ou changements dans la région génitale et anale/périanales
- Cancer

Neurologique:

- Allergies
- Étourdissements/vertiges
- Évanouissement
- Perte de mémoire
- Mal de tête
- Difficulté à parler
- Tremblements
- Engourdissements
- Difficulté à marcher
- Perte de sensibilité
- Fatigue

Musculo-squelettique:

- Arthrite
- Arthrose
- Hernie discale
- Scoliose
- Douleurs au cou
- Douleurs au dos

Endocrinien:

- Thyroïde
- Diabète
- Autre problème hormonal

ORL:

- Problèmes des yeux
- Problèmes d'oreilles
- Problèmes de bouche/gorge
- Respiratoire
- Difficulté à respirer
- Asthme, toux
- Douleur à la poitrine

Cardio-vasculaire:

- AVC
- Cholestérol
- Palpitation
- Extrémités froides
- Essoufflement rapide
- Problème de pression

Digestif:

- Diarrhée
- Constipation
- Gaz
- Ballonnement
- Maux de ventre
- Sang dans les selles

Génito-urinaire:

- Douleur à uriner
- Pertes urinaires
- Uriner fréquemment
- Troubles d'ordre sexuel
- Problème de prostate

Psychologique:

- Dépression
- Anxiété
- Irritabilité
- Nervosité

Section réservée aux femmes:

- Absence de menstruations
- Symptômes liés à la ménopause
- Douleurs menstruelles
- Flux menstruel abondant
- Pertes vaginales
- Règles irrégulières

Nombre de grossesses: _____

Êtes-vous enceinte?

Oui Non Ne sais pas

OBJECTIFS

Qu'est-ce que la douleur vous empêche de faire? _____

Autres objectifs généraux de santé: _____

DÉCLARATION

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

signature

date