

**INFORMATIONS PERSONNELLES**

Nom :		Date de naissance (J/M/A) :	
Prénom :		Sexe :	
Statut civile :	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Autre		
Adresse :			
Ville :		Code postal :	
Téléphone résidence :		Téléphone cellulaire :	
Courriel :		Téléphone bureau :	
Occupation :		Présentement en arrêt de travail? :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des enfants? :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Si oui, combien?		
Autorisez-vous la clinique à communiquer avec vous par courriel?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autorisez-vous la clinique à vous envoyer un message pour confirmer vos rendez-vous?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**RÉFÉRENCES**

Avez-vous été référé à la clinique? :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, par qui avez-vous été référé? :	
Si non, comment avez-vous entendu parler de nous? :	

**PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE**

Nom :			
Prénom :			
Relation avec la personne :			
Téléphone résidence :		Téléphone cellulaire :	

**CONSENTEMENT À L'EXAMEN**

J'autorise par la présente le(la) chiropraticien(ne) à effectuer les examens 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 à votre chiropraticien(ne) lors de votre prochaine visite.

Signature :		Date :	
-------------	--	--------	--

## MOTIF DE LA CONSULTATION

Quelle est la raison de votre consultation? :			
Depuis combien de temps ressentez-vous ce problème? :			
Comment est survenue ce problème? :		<input type="checkbox"/> Graduellement	<input type="checkbox"/> Subitement
		<input type="checkbox"/> Suite à un trauma	<input type="checkbox"/> Inconnu
Votre problème est-il présent :		<input type="checkbox"/> 100% du temps	<input type="checkbox"/> 75% du temps
		<input type="checkbox"/> 50% du temps	<input type="checkbox"/> 25% du temps
		<input type="checkbox"/> Moins de 25% du temps	
Comment évolue votre problème? :		<input type="checkbox"/> S'améliore	<input type="checkbox"/> S'aggrave
		<input type="checkbox"/> Ne change pas	
L'intensité est pire le :		<input type="checkbox"/> Le matin	<input type="checkbox"/> Dans la journée
		<input type="checkbox"/> Le soir	<input type="checkbox"/> La nuit
Avez-vous consulté un autre professionnel de la santé pour ce problème :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, qui? :		Quand?	

## BILAN DE SANTÉ GÉNÉRAL

Avez-vous présentement un problème de santé connu ou êtes atteint d'une maladie quelconque? :			
Prenez-vous actuellement des médicaments, produits naturels ou suppléments?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquels:			
Êtes-vous? :		<input type="checkbox"/> Non-fumeur	<input type="checkbox"/> Ancien fumeur
		<input type="checkbox"/> Fumeur	
Antécédents familiaux de problème de santé :		<input type="checkbox"/> Père :	
		<input type="checkbox"/> Mère :	
		<input type="checkbox"/> Frères / Sœurs :	
		<input type="checkbox"/> Grands-parents :	
Avez-vous déjà eu :		<input type="checkbox"/> Un cancer :	
Expliquer brièvement		<input type="checkbox"/> Une chirurgie/été hospitalisé :	
		<input type="checkbox"/> Une chute :	
		<input type="checkbox"/> Un accident de voiture :	
		<input type="checkbox"/> Une fracture :	
		<input type="checkbox"/> Une dislocation :	
Numéro d'assurance-maladie :			

**REVUE DES SYSTÈMES - souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :**

Général :	<input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes	<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Malaise généralisé
	<input type="checkbox"/> Perte de poids inexplicée	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Douleur nocturne
	<input type="checkbox"/> Raideur matinal (>30 min)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Neurologique :	<input type="checkbox"/> Étourdissement/Vertige	<input type="checkbox"/> Mal de tête	<input type="checkbox"/> Engourdissements
	<input type="checkbox"/> Évanouissement	<input type="checkbox"/> Faiblesse	<input type="checkbox"/> Difficulté à parler
	<input type="checkbox"/> Perte de mémoire	<input type="checkbox"/> Tremblement	<input type="checkbox"/> Difficulté à marcher
	<input type="checkbox"/> Autre :		
Musculo-squelettique :	<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Hernie Discale	<input type="checkbox"/> Blessure :
	<input type="checkbox"/> Arthrite	<input type="checkbox"/> Scoliose	<input type="checkbox"/> Autre :
Endocrinien :	<input type="checkbox"/> Hypothyroïdie	<input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/> Diabète (type : ____)
	<input type="checkbox"/> Autre :		
Vision et ORL :	<input type="checkbox"/> Vision double	<input type="checkbox"/> Douleur à l'oreille	<input type="checkbox"/> Difficulté à avaler
	<input type="checkbox"/> Vision embrouillée	<input type="checkbox"/> Perte d'audition	<input type="checkbox"/> Difficulté à parler
	<input type="checkbox"/> Glaucome	<input type="checkbox"/> Acouphène	<input type="checkbox"/> Autre :
Respiratoire :	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Toux	<input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire
			<input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine
Cardiovasculaire :	<input type="checkbox"/> Anémie	<input type="checkbox"/> Haute pression	<input type="checkbox"/> Embolie
	<input type="checkbox"/> Infarctus	<input type="checkbox"/> Basse pression	<input type="checkbox"/> Cholestérol élevé
		<input type="checkbox"/> Arythmie	<input type="checkbox"/> Autre :
Gastro-intestinal :	<input type="checkbox"/> Nausée	<input type="checkbox"/> Brulûre d'estomac	<input type="checkbox"/> Constipation
	<input type="checkbox"/> Vomissement	<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Autre :
Urinaire :	<input type="checkbox"/> Sang dans les urines	<input type="checkbox"/> Difficulté à uriné	
	<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Autre :	
Dermatologique :	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Eczéma	<input type="checkbox"/> Rougeur
			<input type="checkbox"/> Autre :
Homme :	<input type="checkbox"/> Problème de prostate	<input type="checkbox"/> Trouble érectile	<input type="checkbox"/> Problème testiculaire
			<input type="checkbox"/> ITS
Femme :	<input type="checkbox"/> Douleur aux seins	<input type="checkbox"/> Règle absente	<input type="checkbox"/> Ménopause
	<input type="checkbox"/> Règle irrégulière et/ou douloureuse	<input type="checkbox"/> ITS	

Je déclare avoir rempli ce questionnaire au meilleur de mes connaissances.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient ou de la personne responsable

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)

**PERSONAL INFORMATIONS**

Last name :		Date of Birth (D/M/Y) :	
First name :		Sex :	
Civil status:	<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Common-law partner <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widower <input type="checkbox"/> Other		
Adress :			
City :		Code postal :	
Home Phone :		Cell Phone :	
Email :		Office Phone :	
Occupation :		Currently on sick leave? :	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you have children? :	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - If so, how many?		
Do you allow the clinic to communicate with you by email?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you allow the clinic to send you a message to confirm your appointments?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**REFERENCES**

Have you been referred to the clinic? :	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If so, who were you referred by? :	
If not, how did you hear about us? :	

**EMERGENCY CONTACT**

Last Name :			
First Name :			
Relation:			
Home Phone :		Cell Phone :	

**CONSENT TO EXAMINATION**

I hereby authorize the chiropractor to perform the examinations necessary to open my file. Some patients may experience aches or a mild worsening of symptoms after the exam. These symptoms are usually of short time, but it is important to mention them to your chiropractor on your next visit.

Signature :		Date :	
-------------	--	--------	--

## REASON FOR CONSULTATION

What is the reason for your consultation? :			
How long have you had this problem? :			
How did this problem arise? :	<input type="checkbox"/> Gradually	<input type="checkbox"/> Suddenly	
	<input type="checkbox"/> Following a trauma	<input type="checkbox"/> Unknown	
How often is your problem present? :	<input type="checkbox"/> 100% of the time	<input type="checkbox"/> 75% of the time	<input type="checkbox"/> 50% of the time
	<input type="checkbox"/> 25% of the time	<input type="checkbox"/> Less than 25% of the time	
How is your problem evolving :	<input type="checkbox"/> Getting better	<input type="checkbox"/> Worsens	<input type="checkbox"/> Don't change
The intensity is worse :	<input type="checkbox"/> In the morning	<input type="checkbox"/> During the day	<input type="checkbox"/> In the evening <input type="checkbox"/> At night
Have you seen another healthcare professional for this problem? :	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If so, who? :		When?	

## GENERAL HEALTH

Do you currently have a known health problem or are you suffering from any illness? :			
Are you currently taking any medications, natural products or supplements?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If so, which ones:			
Are you? :	<input type="checkbox"/> Non-smoker	<input type="checkbox"/> Former smoker	<input type="checkbox"/> Smoker
Family history of health problem:	<input type="checkbox"/> Father : <input type="checkbox"/> Mother : <input type="checkbox"/> Siblings : <input type="checkbox"/> Grandparents :		
Have you ever had : Explain briefly	<input type="checkbox"/> Cancer : <input type="checkbox"/> Surgery/Hospitalized: <input type="checkbox"/> Fall : <input type="checkbox"/> Car accident : <input type="checkbox"/> Fracture : <input type="checkbox"/> Dislocation :		
Medicare Number :			

**SYSTEMS REVIEW - do you suffer or have you ever suffered from:**

General :	<input type="checkbox"/> Night sweats	<input type="checkbox"/> Fever	<input type="checkbox"/> Generalized discomfort
	<input type="checkbox"/> Unexplained weight loss	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Night pain
	<input type="checkbox"/> Morning stiffness (>30min)	<input type="checkbox"/> Other :	
Neurological :	<input type="checkbox"/> Dizziness	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Numbness
	<input type="checkbox"/> Drop attack	<input type="checkbox"/> Weakness	<input type="checkbox"/> Difficulty speaking
	<input type="checkbox"/> Memory loss	<input type="checkbox"/> Tremor	<input type="checkbox"/> Difficulty walking
	<input type="checkbox"/> Other :		
Musculoskeletal :	<input type="checkbox"/> Osteoarthritis	<input type="checkbox"/> Herniated Disc	<input type="checkbox"/> Injury :
	<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Scoliosis	<input type="checkbox"/> Autre :
Endocrine :	<input type="checkbox"/> Hypothyroidism	<input type="checkbox"/> Hyperthyroidism	<input type="checkbox"/> Diabetes (type : ____)
	<input type="checkbox"/> Other :		
Vision and ENT :	<input type="checkbox"/> Double Vision	<input type="checkbox"/> Ear pain	<input type="checkbox"/> Difficulty swallowing
	<input type="checkbox"/> Blurred Vision	<input type="checkbox"/> Hearing loss	<input type="checkbox"/> Difficulty talking
	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Tinnitus	<input type="checkbox"/> Autre :
Respiratory :	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Difficulty breathing
	<input type="checkbox"/> Chest pain		
Cardiovascular :	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> High blood pressure	<input type="checkbox"/> Embolism
	<input type="checkbox"/> Infarction	<input type="checkbox"/> Low blood pressure	<input type="checkbox"/> High cholesterol
	<input type="checkbox"/> Arrhythmia		<input type="checkbox"/> Other :
Gastrointestinal :	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Stomach Burn	<input type="checkbox"/> Constipation
	<input type="checkbox"/> Vomiting	<input type="checkbox"/> Diarrhea	<input type="checkbox"/> Other :
Urinaire :	<input type="checkbox"/> Blood in urine	<input type="checkbox"/> Difficulty urinating	
	<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Other :	
Dermatological :	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Redness
	<input type="checkbox"/> Other :		
Homme :	<input type="checkbox"/> Prostate problem	<input type="checkbox"/> Erectile disorder	<input type="checkbox"/> Testicular problem
	<input type="checkbox"/> STI		
Femme :	<input type="checkbox"/> Breast pain	<input type="checkbox"/> Absent menstruation	<input type="checkbox"/> Menopause
	<input type="checkbox"/> Irregular or painful menstruation		<input type="checkbox"/> STI

I declare that I have completed this questionnaire to the best of my knowledge.

\_\_\_\_\_  
Signature of patient or responsible person

\_\_\_\_\_  
Date (DD/MM/YYYY)