

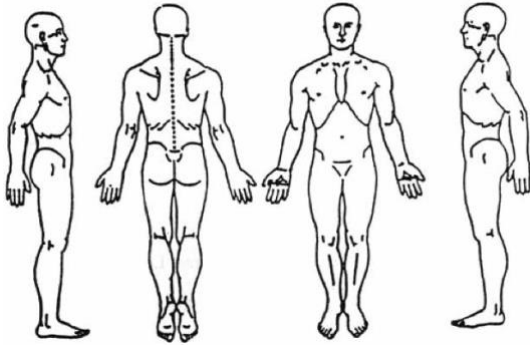


## Questionnaire d'admission

**Vous consultez aujourd'hui pour un motif ?** Prévention  Problème en particulier  Suivi de grossesse

**Vos attentes ?** Correction durable et maintien d'une santé optimale  Soulagement

Veuillez indiquer les endroits douloureux sur le dessin



Quel est votre motif principal de consultation ?

---

---

---

Quels sont vos autres problèmes par ordre d'importance ?

---

---

---

Depuis combien de temps ressentez-vous votre problème principal ? \_\_\_\_\_

Quelle est l'intensité de la douleur ? (Peu de douleur) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Douleur extrême)

Ce problème vous affecte combien de jours par semaine ? 1 2 3 4 5 6 7

Comment est survenu ce problème ? Graduellement  Subitement  Suite à un accident  Je ne sais pas

Votre problème est-il plus intense ? Au lever  le soir  la nuit

Avez-vous consulté quelqu'un d'autre pour votre condition ? Oui  Non

Quel professionnel ? \_\_\_\_\_ Quand ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? Oui  Non

Avez-vous été hospitalisé ? Oui  Non

Si oui, précisez, avec la date : \_\_\_\_\_

Avez-vous été traité pour d'autres problèmes de santé au cours de la dernière année ? Oui  Non

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

Avez-vous des maladies connues ? \_\_\_\_\_

### Historique de traumatismes :

Avez-vous déjà : Subi des chutes (au travail, enfance, à la maison, etc.) ? Oui  Non  \_\_\_\_\_

Été impliqué dans un accident de voiture/moto/autre? Oui  Non  \_\_\_\_\_

Subi une fracture ou dislocation? Oui  Non  \_\_\_\_\_

Subi une blessure sportive (entorse, commotion, etc.)? Oui  Non  \_\_\_\_\_

Été victime d'un autre accident? Oui  Non  \_\_\_\_\_

**Prenez-vous des médicaments ? Produits naturels ? Suppléments ?** Oui  Non

Lesquels? (Indiquer le nom du médicament, la dose et la fréquence que vous la prenez)

---

---

### Consommez-vous ?

Tabac ? Oui  Non  (nombre /jour : \_\_\_\_\_) Alcool ? Oui  Non  (Fréquence : \_\_\_\_\_ Nombre/jour : \_\_\_\_\_)

Drogue ? Oui  Non  (Fréquence : \_\_\_\_\_ Type : \_\_\_\_\_) Café/ Thé ? Oui  Non  (nombre /jour : \_\_\_\_\_)

Avez-vous des allergies ? Oui  Non  \_\_\_\_\_

**Sommeil** : Heure de sommeil par nuit en moyenne ? \_\_\_\_\_ Position de sommeil ? dos  ventre  côté droit  côté gauche

Votre sommeil est-il récupérateur ? Oui  Non

Faites-vous des siestes ? Oui  Non  combien par jour ? \_\_\_\_\_

**Quels sont vos loisirs et sports pratiqués ?** \_\_\_\_\_

Combien de fois par semaine, pratiquez-vous de l'activité physique ? \_\_\_\_\_ / semaine

Stress : Sur une échelle de 0 (peu de stress) à 10 (beaucoup de stress), à combien se situe votre niveau de stress? \_\_\_\_\_

**Antécédents de santé** : (problème de cœur, arthrite, diabète, AVC, problème rénaux, cholestérol, etc....)

Père : \_\_\_\_\_

Mère : \_\_\_\_\_

Nom de votre médecin de famille? \_\_\_\_\_ Clinique : \_\_\_\_\_

Date de votre dernière visite? \_\_\_\_\_ Date de votre dernier examen médical? \_\_\_\_\_

**Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :**

*O : occasionnel*

*F : fréquent*

*C : constant*

*(laissez l'espace blanc si cela ne vous concerne pas)*

**Général**

Sueurs nocturnes ( )

Fatigue ( )

Gain de poids ( )

Fièvre ( )

Dépression ( )

Cancer ( )

Perte de poids ( )

Anxiété ( )

Perte d'appétit ( )

Stress ( )

Épuisement professionnel ( )

Nausée ( )

Brûlement d'estomac ( )

Douleur à l'estomac ( )

**Neurologie**

Étourdissement ( )

Migraine ( )

Difficulté à marcher ( )

Engourdissement ( )

Évanouissement ( )

Mal de tête ( )

Difficulté à parler ( )

Perte d'équilibre ( )

Tremblements ( )

AVC ( )

Perte de mémoire ( )

**Musculo-squelettique**

Arthrite ( )

Douleur entre les omoplates ( )

Douleur au cou ( )

Douleur au bas du dos ( )

Douleur aux jambes/pieds ( )

Douleur aux bras/ mains ( )

**Endocrinien**

Hyperthyroïdie ( )

Diabète ( )

Autre problème hormonal ( )

Hypothyroïdie ( )

**ORL**

Problème de yeux ( )

Perte d'audition ( )

Acouphène ( )

Maux de gorge ( )

Douleur à l'oreille ( )

Otite ( )

Saignement de nez ( )

**Cardiaque et respiratoire**

Haute pression ( )

Basse pression ( )

Asthme ( )

Difficulté respiratoire ( )

Douleur à la poitrine ( )

Toux ( )

Problème de cœur ( )

Cholestérol élevé ( )

**Urinaire**

Douleur en urinant ( )

Incontinence ( )

Urine fréquemment ( )

Trouble de la prostate ( )

Infection urinaire ( )

**Section Féminine**

Règle absente ( )

Règle douloureuse ( ) Crampe ( )

Ménopause ( )

Perte vaginale ( )

Êtes-vous enceinte ? Oui / non

Date d'accouchement : \_\_\_\_\_

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

## Renseignements

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

Date de naissance: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Statut civil: \_\_\_\_\_

Enfant? Oui / non Combien? : \_\_\_\_ Noms: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Tél. résidence: \_\_\_\_\_ Tél. cellulaire: \_\_\_\_\_ Tél. bureau: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Je désire recevoir des informations de la clinique, des promotions et l'info-lettre ? Oui  Non

Avez-vous déjà consulté en chiropratique ? Oui  Non  Nom(s) : \_\_\_\_\_

Comment avez-vous connu la clinique du Dre Alexia Leblanc Houde, Chiropraticienne ?

Référence (Famille/ Ami) : \_\_\_\_\_  Professionnel de la santé : \_\_\_\_\_

Publicité  Pages jaunes  Site web  Facebook  Autres : \_\_\_\_\_

Consultez-vous pour un problème relié à un accident de travail (CNESST)? Oui  Non

Consultez-vous pour un problème relié à un accident de voiture (SAAQ)? Oui  Non

Si vous avez répondu oui, répondez aux questions suivantes :

Nom de l'agent ? \_\_\_\_\_ Numéro de dossier ? \_\_\_\_\_ Date de l'événement ? \_\_\_\_\_

Nom du médecin en charge ? \_\_\_\_\_ Date de l'ordonnance ? \_\_\_\_\_

### Personne à rejoindre en cas d'urgence

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

J'autorise par la présente la chiropraticienne à effectuer les examens qu'elle 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 à la chiropraticienne à votre prochaine visite.

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