

RENSEIGNEMENTS

▲ Nom de famille _____ ▲ Prénom _____

▲ Occupation _____ ▲ Médecin traitant _____

▲ Date de naissance (AAAA-MM-JJ) _____ ▲ Adresse _____

▲ Ville _____ ▲ Code postal _____

▲ Téléphone (résidence) _____ ▲ Téléphone (mobile) _____ ▲ Courriel _____

Sexe Féminin Masculin

▲ Âge _____ ▲ Taille _____ ▲ Poids _____

État civil Célibataire Conjoint(e)*

▲ *Prénom et nom _____

Qui vous a référé chez nous?

Ami(e)* Google Facebook Cliniquespinecor.ca Vitrine

Famille* Autre* Orthochiro.ca Autre site web* Autre professionnel

▲ *Précisez _____

Avez-vous des enfants? Non Oui

Âge _____

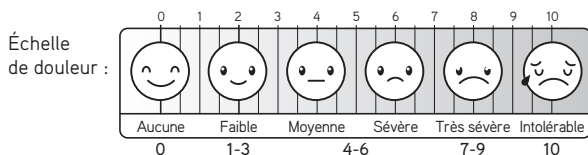
Quelle est votre position de travail?

Debout Assise En mouvement

Habituellement, vous dormez sur...

Le dos Le côté Le ventre

MOTIFS DE LA CONSULTATION



NE RIEN ÉCRIRE DANS LES ZONES OMBRAGÉES

Énumérez par ordre d'importance les motifs de votre consultation.

1. _____

Douleur ▼

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 T L _____ D L _____ F L _____

2. _____

Douleur ▼

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 T L _____ D L _____ F L _____

3. _____

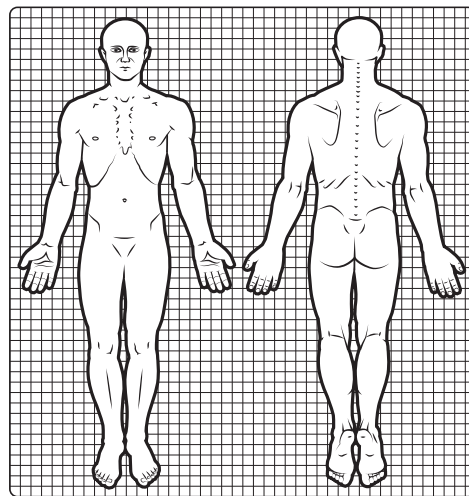
Douleur ▼

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 T L _____ D L _____ F L _____

Est-ce que la douleur s'étend? Non Oui, jusqu'à L _____

Avez-vous des maux de tête? N Oui, douleur ▶ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Encercler les zones douloureuses.



Quels résultats attendez-vous des soins prodigués ?

- Soulagement temporaire
- Correction durable
- Prise en charge complète de votre santé

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Dressez un historique des traumatismes / accidents.

1. _____ Date _____
2. _____ Date _____
3. _____ Date _____
4. _____ Date _____
5. _____ Date _____

Historique des interventions chirurgicales et hospitalisations.

1. _____
2. _____

Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour ces conditions?

1. _____
2. _____

Indiquez votre niveau de stress.

(0: aucun stress; 10: stress extrême)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Source principale de stress.

Faites-vous de l'activité physique/sport?

▲ Lesquels?

Consommation de cigarettes.

Non Oui ► _____ /semaine

Consommation d'alcool.

Non Oui ► _____ /semaine

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

 Inscrivez: P = Père M = Mère F = Frère S = Sœur

Est-ce qu'un membre de votre famille est atteint de :

Diabète ___ Cholestérol élevé ___ Trouble cardiaque ___ Hypercyphose ___ Scoliose ___

Cancer ___ Arthrose / arthrite ___ Maladie héréditaire ___ Ostéoporose ___ Autre ► _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Veuillez cocher, parmi les signaux corporels suivants, ceux qui affectent ou qui ont affecté votre santé.

NE RIEN ÉCRIRE DANS
LES ZONES OMBRAGÉES

MALADIES GRAVES

- Cancer
- Hypertension
- AVC
- Diabète

IMMUNITAIRE

- Otite / ORL
- Sinusite
- Infections récurrentes
- Allergies*

▲ *Précisez

GÉNITO-URINAIRE

- Infection urinaire
- Uriner fréquemment / excessivement
- Trouble de la prostate
- Pertes urinaires
- Incontinence
- Douleur menstruelles
- Douleur / masse au sein
- Ménopause
- Enceinte ▼

▲ Date de vos dernières règles

GÉNÉRAL

- Insomnie
- Fatigue
- Trouble thyroïdien

SYSTÈME NERVEUX

- Faiblesse musculaire
- Étourdissement / vertiges
- Évanouissements
- Épilepsie
- Engourdissements
- Perte de mémoire
- Anxiété / dépression

PEAU

- Eczéma
- Psoriasis
- Rosacée

RESPIRATOIRE

- Asthme
- Bronchite
- Souffle court

CARDIOVASCULAIRE

- Douleur à la poitrine
- Problèmes cardiaques
- Oedème (enflure)
- Extrémités froides
- Varices
- Cholestérol

MUSCULOSQUELETTIQUE

- Douleur au dos
- Douleur entre les omoplates
- Douleur au cou
- Douleur aux bras / mains
- Douleur aux jambes / pieds
- Raideur aux articulations
- Difficulté à marcher
- Scoliose
- Hypercyphose
- Arthrite / arthrose
- Ostéoporose

GASTRO-INTESTINAL

- Problèmes digestifs
- Intolérance alimentaire
- Côlon irritable
- Diarrhée
- Ballonnements
- Brûlures d'estomac
- Perte ou gain de poids excessif
- Constipation

Prenez-vous des médicaments? O N

- Anti-inflammatoire
- Haute pression
- Relaxant musculaire
- Cholestérol
- Glande thyroïde
- Anovulant
- Analgésique
- Antidépresseur
- Diabète
- Anxiolytique
- Autre _____

Prenez-vous des suppléments alimentaires? O N

- Vitamines _____
- Oméga-3 _____
- Minéraux _____
- Protéines _____
- Homéopathie _____
- Naturopathie _____
- Autre _____

À quand votre prochain suivi médical?

DÉCLARATION POUR TOUS

Je déclare que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont complètes et exactes et je consens à subir les examens nécessaires. Je consens à ce que mes données cliniques et radiologiques anonymes soient utilisées à des fins de recherche scientifique ou d'enseignement.

▲ Signature

▲ Date