

QUESTIONNAIRE SANTÉ (SVP remplir à l'encre seulement)

Nom : _____ Prénom : _____ Date : _____
 Adresse : _____ Ville : _____ Prov. : _____ CP : _____
 Date de naissance (J/M/A) : _____ Sexe: _____ État civil : _____ Enfants : _____
 Occupation : _____ Arrêt de travail : Oui ☐ Non ☐ Depuis _____
 Tél. (C) : _____ Tél (#2) : _____ Courriel : _____
 De quelle façon préférez-vous être rejoint? _____

Comment avez-vous découvert notre bureau et les soins que nous offrons? _____

Ce questionnaire a pour but d'aider votre chiropraticienne à évaluer votre santé globale actuelle, vos besoins à court et à long termes ainsi que vos antécédents. S.V.P., complétez-le afin de nous permettre de mieux vous servir.

Partie I Vos problèmes de santé et les effets sur vos activités quotidiennes

1. Avez-vous des problèmes de santé? Si oui, décrivez-les _____

2. Quand cela a-t-il débuté? _____
3. Avez-vous consulté un autre professionnel pour ce(s) problème(s)? Oui ☐ Non ☐
 Si oui, que vous a-t-on dit? _____
4. Qu'a-t-on fait? _____
5. Quels ont été les résultats? _____
6. En quoi étiez-vous différent.e suite aux traitements? _____
7. En quoi votre condition était-elle différente suite aux traitements? _____
8. Comment votre perception de votre condition était-elle après? _____
9. Veuillez noter à quel degré ce(s) problème(s) affectent votre qualité de vie.

0 - Cela ne m'affecte pas 1 - m'affecte peu 2 - m'affecte modérément 3 - m'affecte beaucoup.

Travail	0 1 2 3	Passe-temps	0 1 2 3	Sommeil / Repos	0 1 2 3
Vie sociale	0 1 2 3	Marche	0 1 2 3	Exercice	0 1 2 3
Position assise	0 1 2 3	Position debout	0 1 2 3	Appétit	0 1 2 3
Vie amoureuse	0 1 2 3	Intimité	0 1 2 3		
Inquiétude par rapport à ma santé	0 1 2 3	Inquiétude par rapport au problème	0 1 2 3		

Commentaires : _____

10. Un autre membre de votre famille a-t-il eu une condition similaire? Oui ☐ Non ☐
 Qu'a fait cette personne? _____
11. Quels ont été les résultats? _____
12. À quel point êtes-vous conscient.e de ce problème durant la journée? 0 1 2 3 Le soir ? 0 1 2 3
13. Est-ce qu'il y a une période de la journée ou des activités qui vous font oublier totalement ou partiellement votre problème? _____
14. Êtes-vous plus conscient.e de votre problème à certains moments ou durant certaines activités? _____

15. Pourquoi pensez-vous que ce problème vous est arrivé ou persiste? _____

16. Pensez-vous que ceci en est la cause unique? Oui ☐ Non ☐
17. Sinon, quels sont les autres facteurs? _____
18. Si ce problème disparaissait demain, comment votre vie serait-elle changée? _____
19. Si vous n'aviez pas ce problème, que feriez-vous de différent? _____
20. Depuis que ce problème existe : Avez-vous changé certaines habitudes? _____
21. Qu'est-ce qui décrit le mieux vos sentiments actuels?
- a) Je me sens impuissant.e, comme si rien ne peut m'aider.
 - b) C'est terrible, j'ai peur et j'espère que vous pouvez me guérir.
 - c) Je me sens pris.e et je ne peux m'aider.
 - d) Je mérite plus que ce qui m'arrive, j'aimerais que vous m'assistiez durant mon processus de guérison.
 - e) Autre chose? _____
22. Classifiez sur une échelle de 0 à 3
- 0 = pas du tout 1 = peu 2 = modérément 3 = extrême**
- a) À quel point votre problème vous affecte-t-il présentement? 0 1 2 3
 - b) Et dans le passé? 0 1 2 3
 - c) Si vous ne résolvez pas ce problème, à quel point vous affectera-t-il dans le futur? 0 1 2 3

Partie II Antécédents de santé : médical / traumatique / chiropratique

1. Vous êtes-vous déjà blessé.e à la colonne vertébrale (tête, cou, dos, hanches)?
- a) Date de la blessure la plus grave : _____
 - b) Comment cette blessure est-elle survenue? _____
 - c) Date de la blessure la plus récente : _____
 - d) Comment cette blessure est-elle survenue? _____
2. Avez-vous subi un accident de travail et/ou un accident d'automobile? Oui ☐ Non ☐
- Décrivez _____
3. Quel médicament (d'ordonnance ou non) avez-vous utilisé dans les derniers 60 jours? _____
4. Avez-vous déjà utilisé un médicament pour une période de plus de 3 mois? Oui ☐ Non ☐
- Quel(s) médicament(s)? _____
- Pour quelle raison? _____
5. Combien de cigarettes fumez-vous par jour? _____
6. Quelle est votre consommation d'alcool? _____ Par semaine _____ Par mois _____ Par année _____
7. Avez-vous déjà eu des radiographies, tomographies ou imagerie par résonance magnétique de votre colonne vertébrale (cou, dos, hanche)? Oui ☐ Non ☐ Quand? _____
8. Que vous a-t-on dit à propos de ces examens? _____
9. Avez-vous déjà eu des chirurgies? Expliquez : _____
10. Avez-vous déjà eu des entorses sévères d'une partie de votre corps? Expliquez _____

11. Notez tous les suppléments, vitamines ou produits naturels que vous consommez régulièrement : _____
12. Avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé depuis les 3 derniers mois? _____
13. Avez-vous déjà reçu des ajustements, manipulations de votre colonne vertébrale par un professionnel? Si oui,
- a) Par qui et quand? _____
 - b) Pourquoi? _____
 - c) Consultez-vous encore cette personne? Oui ☐ Non ☐
 - d) Quels ont été les résultats? _____
 - e) Êtes-vous/étiez-vous satisfait.e? Oui ☐ Non ☐
 - f) Les membres de votre famille reçoivent-ils des soins chiropratiques? Oui ☐ Non ☐
14. Consultez-vous encore cette personne? Oui ☐ Non ☐
15. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous consulté? _____
16. Date de la dernière visite : _____
17. Qu'est-ce qui a été fait ou suggéré? _____
18. Avez-vous déjà utilisé les thérapies suivantes? Si oui, décrivez la raison de votre consultation, la durée de votre consultation et les résultats.
- a. Massothérapie _____
 - b. Psychothérapie _____
 - c. Physiothérapie/Ergothérapie _____
 - d. Thérapie par la musique/son/danse /lumière/aromathérapie _____
 - e. Homéopathie _____
 - f. Médecine ayurvédique _____
 - g. Médecine chinoise/Acupuncture _____
 - h. Diététiste _____
 - i. Yoga/Tai Chi/Chi Gong _____
 - j. Intégration somato-respiratoire _____
 - k. Autre _____
19. Avez-vous un programme de méditation (prière), exercice ou un régime alimentaire particulier? Si oui décrivez-le _____
20. De quelle façon gérez-vous votre stress? _____

Partie III STRESS: Pour chacune des situations suivantes, COCHEZ soit «P» pour Passé et «A » pour ACTUEL

	LÉGER		MOYEN		INTENSE	
	P	A	P	A	P	A
Stress relié à l'enfance	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Inquiétude face à l'école	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tension reliée aux jeux ou aux loisirs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Problèmes familiaux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Difficulté dans les relations personnelles	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stress à l'égard de la maladie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stress relié au travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tension reliée au trajet banlieue/ville	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pour le travail	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Perte d'un être cher	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Changement de mode de vie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Changement des habitudes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Actes de violence	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Partie IV Quels sont vos besoins et attentes?

Utilisez cette échelle pour la question 1

a) Très important b) Important c) Pas important d) Ne s'applique pas

1. Lequel des choix suivant est le plus important pour vous? Une étude a été publiée par le Collège de Médecine de l'Université Irvine en Californie qui portait sur 2800 patients suivant des soins chiropratiques de type Network. Cette étude a démontré que les patients ressentaient des bienfaits à tous les niveaux de leur santé et bien-être énumérés ci-dessous. Qu'attendez-vous des soins à notre clinique?

- a. _____ Amélioration des mes symptômes physiques.
- b. _____ Amélioration de mes symptômes émotifs/mentaux.
- c. _____ Amélioration de ma capacité de réagir au stress.
- d. _____ Amélioration de mon appréciation de la vie/de ma capacité de prendre des décisions.
- e. _____ Amélioration générale de ma qualité de vie.

2. Y a-t-il des aspects de votre vie qui vous rendent très heureux/heureuse et qui augmentent votre vitalité? _____

3. Y a-t-il des facteurs ou des éléments particuliers de votre vie, vos expériences, votre famille, votre travail, vos passe-temps, de vieilles blessures, votre génétique, votre régime ou votre style de vie qui améliorent ou augmentent votre potentiel de santé? _____

4. Y a-t-il des facteurs ou des éléments particuliers de votre vie, vos expériences, votre famille, votre travail, vos passe-temps, de vieilles blessures, votre génétique, votre régime ou votre style de vie qui nuisent à votre potentiel de santé ou le réduisent? _____

Merci d'avoir choisi notre clinique chiropratique. Il nous fait plaisir d'avoir l'occasion de vous aider à développer la capacité de maintenir une colonne vertébrale et un système nerveux en santé. Soyez assuré.e que nous ferons notre possible pour vous aider durant votre cheminement vers une santé et un bien-être optimaux.

La chiropratique est un style de vie autant pour les petits que les grands. Nous vous donnons l'opportunité de faire examiner tous les membres de votre famille immédiate sans aucun frais pourvu que ces examens soient effectués dans un délai de douze semaines. Nous encourageons fortement les parents à faire examiner leur(s) enfant(s).

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 et/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 du patient ou de la personne responsable : _____ Date : _____