

13. Est-ce qu'il y a une période de la journée ou des activités qui vous ont fait oublier totalement ou partiellement votre problème? _____
14. Êtes-vous plus conscient 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?
- Je me sens impuissant, comme si rien ne peut m'aider.
 - C'est terrible, j'ai peur et j'espère que vous pouvez me guérir.
 - Je me sens pris et je ne peux m'aider.
 - Je mérite plus que ce qui m'arrive, j'aimerais que vous m'assistiez durant mon processus de guérison.
 - 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 à la colonne vertébrale (tête, cou, dos, hanches)?
- Date de la blessure la plus grave : _____
 - Comment cette blessure est-elle survenue? _____
 - Date de la blessure la plus récente : _____
 - 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. Avez-vous déjà eu des radiographies, tomographie ou image par résonance magnétique de votre colonne vertébrale (cou, dos, hanche) ? Oui __ Non __ Quand? _____

7. Que vous a-t-on dit à propos de ces examens ? _____

8. Avez-vous déjà eu des chirurgies ? Expliquez: _____
9. Avez-vous déjà eu des entorses sévères d'une partie de votre corps ? Expliquez. _____

10. Notez toutes les herbes, vitamines ou produits naturels que vous consommez régulièrement. _____

11. Avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé depuis les 3 derniers mois? _____

12. 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(étiez)-vous satisfait ? Oui ___ Non ___
 - f) Les membres de votre famille reçoivent-ils des soins chiropratiques? Oui ___ Non ___
13. Consultez-vous encore cette personne ? Oui ___ Non ___
14. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous consulté? _____
15. Date de la dernière visite: _____
16. Qu'est-ce qui a été fait ou suggéré? _____
17. Avez-vous déjà utilisé les thérapies suivantes? Si oui, décrivez la raison de votre consultation, la durée de votre consultation et les résultats.
- Massothérapie _____
 - Psychothérapie _____
 - Physiothérapie / Ergothérapie _____
 - Thérapie par la musique / son / danse / lumière / aromathérapie _____
 - Homéopathie _____
 - Médecine Ayurvédique _____
 - Médecine chinoise / Acupuncture _____
 - Diététiste _____
 - Yoga / Tai Chi / Chi Gong _____
 - Intégration Somato-respiratoire _____
 - Autres _____
18. Avez-vous un programme de méditation (prière), exercice ou un régime alimentaire particulier ? Si oui , décrivez-le.

19. 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Inquiétude face à l'école	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tension reliée aux jeux ou aux loisirs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Problèmes familiaux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Difficulté dans les relations	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Personnelles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stress à l'égard de la maladie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stress relié au travail	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tension relié au trajet banlieue / ville	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pour le travail	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Perte d'un être cher	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Changement de mode de vie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Changement des habitudes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Actes de violence	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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 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?

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 deux semaines.

Nous encourageons fortement les parents à faire examiner leur(s) enfant(s).

Signature : _____ Date : _____