



# Questionnaire Santé Mise-à-jour Chiropratique



Il y a quelque temps depuis votre dernière visite et on veut s'assurer qu'on est à jour sur votre état de santé et bien-être. Veuillez prendre un moment pour compléter ce formulaire afin de mettre votre dossier à jour.

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS/ COORDONNÉES

Nom et prénom

Courrielle

Mes renseignements n'ont pas changé

Si oui, veuillez remplir votre nouvelle information ci-dessous:

Adresse

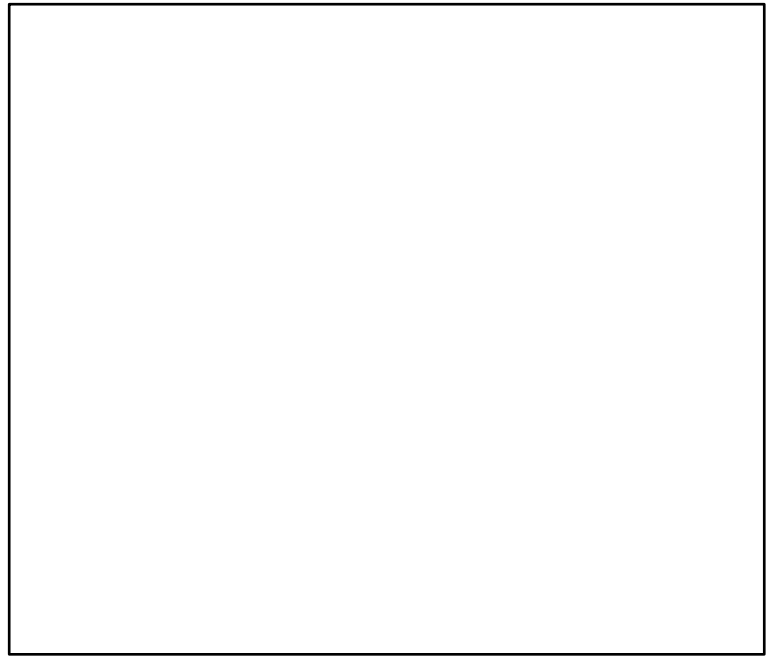
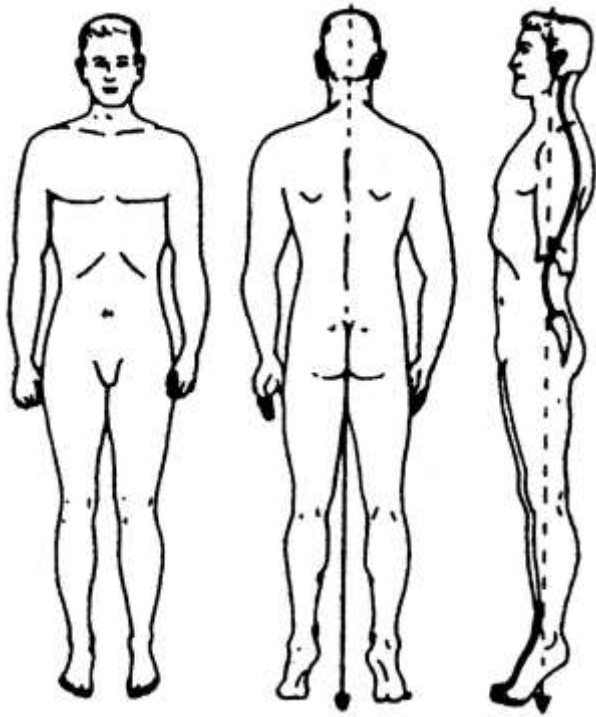
Ville, Province, Code Postal

N° de tél. (domicile/cellulaire)

N° de tél. (bureau)

## QUELLE EST LA RAISON DE VOTRE VISITE À NOS BUREAUX ?

Veuillez expliquer à l'aide du diagramme et des lignes qui vous sont fournies ci-dessous où se situe votre(vos) problème(s).



Depuis combien de temps  
éprouvez-vous ce(s) problème(s)?

Incident(s) associé(s) au(x) problème(s)?

À quoi ce problème est-il lié:

- Blessure au travail
- Sport
- Blessure personnelle
- Accident de voiture
- Autre :

Que ressentez-vous:

- De la douleur
- De l'engourdissement
- Du picotement

Quel(s) mot(s) décrit(décrivent) votre douleur:

- Aiguë
- Sourde
- Pulsative
- Constante
- Intermittente

Quelles circonstances aggravent vos symptômes:

- Être assis
- Se tenir debout
- Marcher
- Se pencher ou plier le membre affecté
- Se coucher
- Les conditions météorologiques
- Autre

Quels éléments de votre quotidien parmi les suivants sont-ils perturbés par vos symptômes:

- Emploi
- Sommeil
- Activités quotidiennes
- Passe-temps et loisirs

Classez l'intensité de vos symptômes sur une échelle croissante de 1 à 10:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Souffrez-vous de maux de tête?

- Oui
- Non

À quelle fréquence?

Recevez-vous des soins d'autres professionnels de la santé?

- Oui
- Non

Si oui, précisez le nom et la discipline de chacun:

---

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX GÉNÉRAUX

Les conditions ou blessures antérieures peuvent avoir une incidence sur votre état de santé actuel.

Cochez toutes celles qui s'appliquent:

- Chutes/accidents
- Blessure sportive
- Blessure à la tête ou traumatisme crânien
- Fracture d'un os
- Perte de connaissance provoquée par un coup violent
- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Chirurgie
- Remplacement d'une articulation
- Accident de la route
- Stimulateur cardiaque (pacemaker)

Si vous avez coché une case ci-dessus, veuillez préciser.

Veillez énumérer les médicaments que vous prenez et les raisons pour lesquelles vous les prenez:

Veillez énumérer les vitamines et suppléments nutritionnels que vous prenez:

Portez-vous des orthèses ou des talonnettes de rehaussement?

- Oui
- Non

Avez-vous subi des radiographies:

- Oui, à votre cou
- Oui, à votre dos
- Non, à aucun

Si vous avez répondu Oui à la question précédente, veuillez préciser où et quand ces radiographies ont été prises:

Avez-vous d'autres préoccupations à l'égard de votre santé dont vous voulez nous informer?

- Oui
- Non

Si oui, précisez:

---

## APERÇU DE VOTRE SYSTÈME NERVEUX

Votre système nerveux central (c. -à-d. votre cerveau et moelle épinière) est l'unité de commande principale de votre corps. Celui-ci contrôle le fonctionnement de chaque cellule, tissu et organe. La connexion entre votre cerveau et votre corps se fait à partir de vos nerfs rachidiens. Veuillez passer en revue les systèmes ci-dessous afin de déterminer s'il existe un lien entre votre état de santé et l'interférence nerveuse qui y est décrite.

### Nerfs cervicaux

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fatigue visuelle              | <input type="checkbox"/> Yeux rouges                 |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la vue            | <input type="checkbox"/> Prise de poids              |
| <input type="checkbox"/> Otite (infection d'oreille)   | <input type="checkbox"/> Bourdonnement des oreilles  |
| <input type="checkbox"/> Écoulement d'oreille          | <input type="checkbox"/> Envie irrésistible de sucré |
| <input type="checkbox"/> Perte de l'ouïe               | <input type="checkbox"/> Sinusite                    |
| <input type="checkbox"/> Écoulement nasal              | <input type="checkbox"/> Perte de la mémoire         |
| <input type="checkbox"/> Aphnée                        | <input type="checkbox"/> Mal de gorge                |
| <input type="checkbox"/> Douleurs aux gencives         | <input type="checkbox"/> Cauchemars                  |
| <input type="checkbox"/> Problèmes à l'oreille interne | <input type="checkbox"/> Difficultés orthophoniques  |
| <input type="checkbox"/> Caries                        | <input type="checkbox"/> Amygdalite                  |
| <input type="checkbox"/> Enrouement/Laryngite          | <input type="checkbox"/> Maux de tête                |
| <input type="checkbox"/> Migraines                     | <input type="checkbox"/> Instabilité émotionnelle    |
| <input type="checkbox"/> Fatigue chronique             | <input type="checkbox"/> Étourdissement              |
| <input type="checkbox"/> Anxiété                       | <input type="checkbox"/> Insomnie                    |

### Nerfs thoraciques supérieurs

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme                    | <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine         |
| <input type="checkbox"/> Douleur au-dessus de cœur | <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer         |
| <input type="checkbox"/> Toux Persistante          | <input type="checkbox"/> Bronchite                     |
| <input type="checkbox"/> Expectoration de mucosité | <input type="checkbox"/> Expectoration (toux) de sang  |
| <input type="checkbox"/> Pouls accéléré            | <input type="checkbox"/> Hypertension                  |
| <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques       | <input type="checkbox"/> Engourdissement des mains     |
| <input type="checkbox"/> Affections des poumons    | <input type="checkbox"/> Rétention de fluides          |
| <input type="checkbox"/> Pleurésie                 | <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler           |
| <input type="checkbox"/> Nausées                   | <input type="checkbox"/> Crise de la vésicule biliaire |
| <input type="checkbox"/> Ballonnement              | <input type="checkbox"/> Intolérance aux aliments gras |

### Nerfs de la section médiane du torse

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Faible appétit           | <input type="checkbox"/> Faim excessive                 |
| <input type="checkbox"/> Ulcères gastriques       | <input type="checkbox"/> Envie irrésistible de sucré    |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler      | <input type="checkbox"/> Soif excessive                 |
| <input type="checkbox"/> Troubles du foie         | <input type="checkbox"/> Régurgitation de la nourriture |
| <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales     | <input type="checkbox"/> Diarrhée                       |
| <input type="checkbox"/> Déficiences immunitaires | <input type="checkbox"/> Constipation                   |
| <input type="checkbox"/> Inflammation du pancréas | <input type="checkbox"/> Selles noires                  |
| <input type="checkbox"/> Hyperglycémie            |   |

### Nerfs thoraciques inférieurs

- Allergies
- Éternuements
- Épuisement
- Troubles digestifs après les repas
- Troubles de l'appendice
- Troubles de la vessie
- Troubles rénaux
- Troubles des testicules ou troubles des ovaires
- Infection de la vessie
- Enflure des chevilles
- Étourdissements en se levant

### Nerfs lombaires

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Troubles de la vessie   | <input type="checkbox"/> Syndrome du côlon irrité |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise haleine        | <input type="checkbox"/> Flatulence               |
| <input type="checkbox"/> Troubles intestinaux    | <input type="checkbox"/> Urination douloureuse    |
| <input type="checkbox"/> Stérilité               | <input type="checkbox"/> Cernes prononcés         |
| <input type="checkbox"/> Impotence               | <input type="checkbox"/> Dysménorrhée             |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la prostate | <input type="checkbox"/> Troubles reproductifs    |
| <input type="checkbox"/> Affections féminines    | <input type="checkbox"/> Hémorroïdes              |
| <input type="checkbox"/> Varices                 | <input type="checkbox"/> Débalancements hormonal  |

---

Est-ce qu'il y a eu d'autres changements à votre santé que nous devrions savoir?

- Oui
- Non

Si oui, veuillez préciser:

**Merci d'avoir rempli le Questionnaire Santé Mise-à-jour Chiropratique. Nous serons heureux de vous aider avec vos problèmes de santé spécifiques et votre bien-être général.**

L'équipe du Centre Santé Chiropratique