

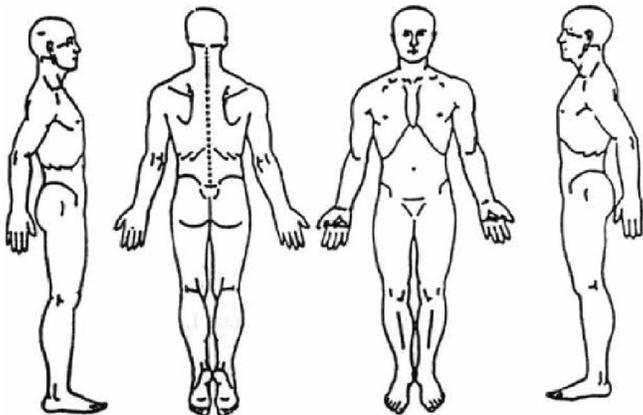
# QUESTIONNAIRE D'ADMISSION

Clinique chiropratique Dr David Cox

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naiss. (J/M/A) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Consultez-vous** : En prévention  Pour un problème en particulier

S'il y a lieu, veuillez indiquer les endroits douloureux sur le dessin



Quel est votre motif de consultation principal?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 jour  le soir  la nuit

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

Qui? \_\_\_\_\_ Quand? \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale?** Oui  Non  **Avez-vous été hospitalisé?** Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Description : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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 actuellement des médicaments (avec ou sans prescription), des produits naturels ou des suppléments alimentaires?**

Oui  Non  Lesquels? : \_\_\_\_\_

Anti-inflammatoires  Relaxants musculaires  Analgésiques  Haute pression  Cholestérol  Anovulants

Glande thyroïde  Diabète  Antidépresseurs  Anxiolytiques  Autres : \_\_\_\_\_

Date de votre dernier examen : physique \_\_\_\_\_ sanguin \_\_\_\_\_ urinaire \_\_\_\_\_

Êtes-vous? Fumeur Ancien fumeur Non-fumeur

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

**Général**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes | <input type="checkbox"/> Fatigue         | <input type="checkbox"/> Gain de poids | <input type="checkbox"/> Perte de poids inexplicquée  |
| <input type="checkbox"/> Dépression       | <input type="checkbox"/> Cancer          | <input type="checkbox"/> Fièvre        | <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel     |
| <input type="checkbox"/> Stress           | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Anxiété       | <input type="checkbox"/> Autre problème psychologique |

**Neurologique**

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Étourdissements/vertiges | <input type="checkbox"/> Perte de mémoire | <input type="checkbox"/> Difficulté à parler | <input type="checkbox"/> Parkinson            |
| <input type="checkbox"/> Évanouissement           | <input type="checkbox"/> Mal de tête      | <input type="checkbox"/> Migraine            | <input type="checkbox"/> Difficulté à marcher |
| <input type="checkbox"/> AVC                      | <input type="checkbox"/> Alzheimer        | <input type="checkbox"/> Faiblesses          | <input type="checkbox"/> Tremblements         |

**Musculo-squelettique**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrite        | <input type="checkbox"/> Arthrose        | <input type="checkbox"/> Fracture       | <input type="checkbox"/> Blessure à la tête |
| <input type="checkbox"/> Blessure au cou | <input type="checkbox"/> Blessure au dos | <input type="checkbox"/> Hernie discale | <input type="checkbox"/> Scoliose           |

**Endocrinien**

- |   |  |                                  |  |
|---|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie | <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Autre problème hormonal |
|---|--|----------------------------------|--|

**ORL**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trouble de vision   | <input type="checkbox"/> Vision double | <input type="checkbox"/> Perte d'audition | <input type="checkbox"/> Acouphène         |
| <input type="checkbox"/> Douleur à l'oreille | <input type="checkbox"/> Glaucome      | <input type="checkbox"/> Troubles buccaux | <input type="checkbox"/> Saignement de nez |

**Respiratoire**

- |                                 |                               |  |  |
|---------------------------------|-------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire | <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine |
|---------------------------------|-------------------------------|--|--|

**Autre**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anémie              | <input type="checkbox"/> Embolie        | <input type="checkbox"/> Infarctus           | <input type="checkbox"/> Arythmie          |
| <input type="checkbox"/> Haute pression      | <input type="checkbox"/> Basse pression | <input type="checkbox"/> Cholestérol élevé   | <input type="checkbox"/> Allergies : _____ |
| <input type="checkbox"/> Brûlement d'estomac | <input type="checkbox"/> Ulcères        | <input type="checkbox"/> Difficulté à uriner | <input type="checkbox"/> Incontinence      |

**Hommes**

- |   |   |  |                                     |
|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problème de prostate | <input type="checkbox"/> Trouble érectile | <input type="checkbox"/> Problème testiculaire | <input type="checkbox"/> ITSS (MTS) |
|---|---|--|-------------------------------------|

**Femmes**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleur | <input type="checkbox"/> Règles absentes | <input type="checkbox"/> Règles irrégulières | <input type="checkbox"/> Règles douloureuses |
| <input type="checkbox"/> Douleur aux seins   | <input type="checkbox"/> Ménopause       | <input type="checkbox"/> ITSS (MTS)          | <input type="checkbox"/> Infertilité         |

Êtes-vous enceinte? Oui  Non  Si oui, quelle est la date prévue pour l'accouchement \_\_\_\_\_

**Sommeil :** Heures de sommeil par nuit en moyenne \_\_\_\_\_ Position de sommeil : dos  ventre  côté (D ou G)

Au réveil, vous êtes : bien reposé  fatigué  incapable de vous lever

**Activités (sports/loisirs) :** \_\_\_\_\_

**Stress :** sur une échelle de 0 à 10, encerclez à combien se situe votre niveau de stress? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Alimentation :** Avez-vous des inquiétudes au sujet de votre alimentation? Oui  Non  Si oui, décrire : \_\_\_\_\_

**Avez-vous d'autres inquiétudes au sujet de votre santé?** Oui  Non  Si oui, décrire : \_\_\_\_\_

**Antécédents familiaux :** (problème cardiaque, diabète, cancer, arthrite, problème de thyroïde, cholestérol élevé, AVC, etc.)

Mère : Père : \_\_\_\_\_

Frères/sœurs : \_\_\_\_\_

Grands-parents : \_\_\_\_\_

Je déclare avoir rempli ce questionnaire au meilleur de mes connaissances.

Signature du patient ou de la personne responsable \_\_\_\_\_

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