

La Porte du Mieux Être
pour se sentir plus jeune dans son corps

Date : ___/___/___
Fichier personnel et confidentiel

Nom : _____ Sexe : F M
Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____
☎ Maison : (____) _____ ☎ Travail : (____) _____ ☎ Autre : (____) _____
Adresse courriel : _____
Date de naissance : ___/___/___
 j m a

I RAISON DE LA CONSULTATION

1. Quel est le problème principal pour lequel vous consultez ?

Je n'ai pas de problèmes de santé, je veux améliorer mon état de santé.

2. Comment le problème a-t-il commencé ? Soudainement Graduellement

3. Depuis combien de temps ? _____ Semaines _____ Mois _____ Année

Le problème a débuté :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> à la suite d'un effort violent | <input type="checkbox"/> en levant un objet |
| <input type="checkbox"/> à la suite d'un accident de travail | <input type="checkbox"/> en pratiquant un sport |
| <input type="checkbox"/> à la suite d'un d'une chute | <input type="checkbox"/> pendant une grossesse |
| <input type="checkbox"/> à la suite d'un accident d'automobile | <input type="checkbox"/> sans raison apparente |

Autres, spécifiez: _____

4. Est-ce que le malaise est:

Continuel (constant) _____ Intermitant (va et vient) _____

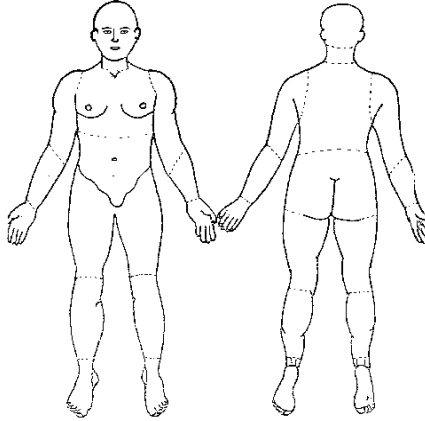
5. Le malaise est-il plus fort :

Au lever le jour le soir la nuit

6. Comment décrivez-vous vos malaises, vos douleurs ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> brûlement | <input type="checkbox"/> picotement | <input type="checkbox"/> raideur musculaire |
| <input type="checkbox"/> élancement | <input type="checkbox"/> pincement | <input type="checkbox"/> manque d'énergie |
| <input type="checkbox"/> engourdissement | <input type="checkbox"/> diminution de sensation | |
| <input type="checkbox"/> ecchymose (un bleu) | <input type="checkbox"/> aigue (coup de poignard) | |

Cercle vos zones douloureuses sur le schéma suivant :



7. Qu'est-ce qui aggrave vos malaises ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> s'asseoir | <input type="checkbox"/> la tension, le stress | <input type="checkbox"/> pratiquer un sport |
| <input type="checkbox"/> se coucher | <input type="checkbox"/> manger | <input type="checkbox"/> se relever après s'être assis |
| <input type="checkbox"/> tousser/éternuer | <input type="checkbox"/> assis dans une automobile | <input type="checkbox"/> rester longtemps dans une même position |
| <input type="checkbox"/> uriner | <input type="checkbox"/> demeurer assis longtemps | <input type="checkbox"/> pelleter, racler |
| <input type="checkbox"/> passer l'aspirateur | <input type="checkbox"/> travailler penché vers l'avant | |

Lors d'un mouvement précis ? spécifiez :

Autres, spécifiez: _____

8. Qu'est-ce qui diminuent vos malaises ?

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> se coucher | <input type="checkbox"/> marcher | <input type="checkbox"/> changer de position | <input type="checkbox"/> frotter avec un onguent | <input type="checkbox"/> de la chaleur |
| <input type="checkbox"/> s'asseoir | <input type="checkbox"/> se tenir debout | <input type="checkbox"/> faire des exercices | <input type="checkbox"/> prendre des médicaments | <input type="checkbox"/> du froid |

Autres, spécifiez: _____

9. Vos malaises semblent-t-ils ? s'aggraver s'améliorer demeurer stable

10. Avez-vous consulté un autre professionnel de la santé pour cette condition? ? Oui Non

A) Lequel (lesquels)? _____

B) Quels ont été les résultats? _____

11. Qu'avez-vous fait pour régler ces problèmes ? Quels résultats avez-vous obtenus ?

12. Selon vous, pourquoi cette condition ou mal-aise persiste? _____

13. Comment ce problème vous affecte-t-il dans votre vie? _____

II ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ

1. Avez-vous déjà subi une opération ? Décrivez _____

2. Quels médicaments (d'ordonnance ou non) avez-vous utilisés dans les derniers 60 jours ?

3. Symptômes : Faire un crochet sur ceux que vous avez présentement et, souligner ceux que vous avez eu dans le passé.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> sinus/allergies | <input type="checkbox"/> cœur | <input type="checkbox"/> problème de sommeil |
| <input type="checkbox"/> Anorexie/Boulimie | <input type="checkbox"/> étourdissement/ évanouissement | <input type="checkbox"/> baisse d'énergie |
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> engourdissement | <input type="checkbox"/> Sang dans les selles/urines |
| <input type="checkbox"/> difficulté à avaler | <input type="checkbox"/> Dépression/ nervosité/ anxiété | <input type="checkbox"/> Problèmes digestifs (acidité, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée/constipation | <input type="checkbox"/> Troubles pulmonaires (asthme, etc.) | <input type="checkbox"/> Problèmes du foie (cirrhose, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Diabète / hypoglycémie | <input type="checkbox"/> Maux d'oreille/Acouphène/vertiges |
| <input type="checkbox"/> Arthrite/arthrose | <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires (haute ou basse pression artérielle; mains/pieds froids) | |

4. Autres problèmes de santé ou douleur physique, spécifiez:

5. Avez-vous déjà vécu un accident ou un traumatisme physique ? Décrivez

Ex : Chute, fracture, blessure sportive, accident de travail ou d'automobile, chirurgie, autres.

6. Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant le plus bas et 10 le plus élevé, quel est votre niveau de stress :

- A) Actuel ? _____
B) Passé ? _____

7. Quels sont vos stress majeurs (travail, famille, relations ou autres) ? Décrivez au besoin

8. Comment gérez-vous votre stress ? _____

SECTION RÉSERVÉE AUX FEMMES

1. Vos menstruations sont-elles régulières ? _____

2. Êtes-vous ménopausée ? _____

3. Suivez-vous une hormonothérapie ? _____

4. Êtes-vous enceinte ? _____ Si oui, de combien de semaines ? _____

DÉCLARATION POUR TOUS

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes. Par la présente, j'autorise Dr Alexandre Mainville D.C. à effectuer sur ma personne un examen physique.

Signature : _____ Date : _____