

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) \_\_\_\_\_

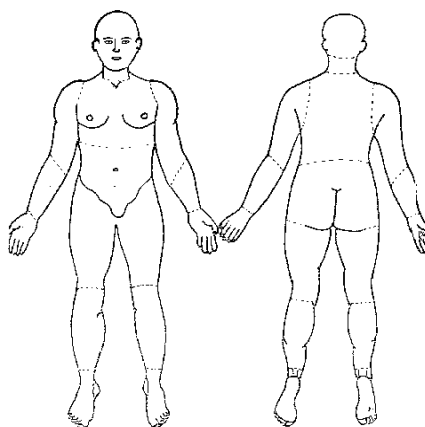
5. Le malaise est-il plus fort :

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 : \_\_\_\_\_