

FICHER PERSONNEL

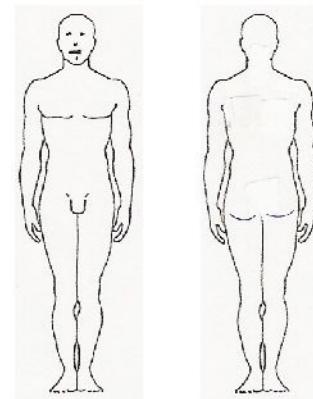
Nom et Prénom : _____
 Date de naissance (jj / mm / aaaa): _____ / _____ / _____ Âge : _____ ans Sexe : F M
 Tél. (rés.) : (____) _____ Tél. (trav.) : (____) _____ Tél. (cell.) : (____) _____
 Adresse : _____ Apt : _____
 Ville : _____ Code postal : _____
 Courriel : _____
 Occupation : _____ Depuis combien de temps : _____
 Comment avez-vous connu la clinique Option Santé Chiropratique St-Luc?
 £ Référence (parent/ami) Nom : _____
 £ Un autre professionnel de la santé : _____
 £ Pages Jaunes £ Journal £ Publicité postale £ Affiche extérieure de la clinique

Motif de consultation

1. Pourquoi consultez-vous ?

- £ Prévention / Optimisation de votre santé
 £ Problème précis : _____

Sur ce diagramme du corps humain, encerclez ou marquez d'un X la ou les régions où vous ressentez une douleur ou un malaise.



2. Depuis combien de temps? : _____

3. Y a-t-il eu un événement ayant déclenché le problème? :

4. Depuis le début du problème, la douleur a-t-elle :
 £ Augmentée £ Diminuée £ Restée stable

5. À combien estimez-vous votre douleur ?
 (Nulle) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Extrême)

6. Comment caractérisez-vous votre douleur ?
 £ Brûlure £ Coup de couteau £ Aiguilles £ Blocage
 £ Engourdissement £ Fourmillement £ Choc Électrique £ Tension

7. Les symptômes sont-ils constants ? £ Oui £ Non, ils sont présent _____ jours par semaine

8. Les symptômes sont-ils pires au : £ Matin £ Jour £ Soir £ Nuit £ Ne varient pas ainsi

9. Ma douleur est soulagée par : £ Froid £ Chaud £ Repos £ Étirement £ Massage
 £ Médicaments, précisez : _____ £ Je ne sais pas £ Autre : _____

10. Avez-vous déjà consulté pour ce problème? £ Oui £ Non
 Si oui, précisez : _____

11. Est-ce le premier épisode de ce type ? £ Oui £ Non, c'est la _____ fois.

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de ?

Général

- ? Crachat de sang
- ? Dépression
- ? Étourdissement
- ? Perte d'équilibre
- ? Fièvre
- ? Perte de poids
- ? Transpiration
- ? Tremblement
- ? Maux de tête
- ? Insomnie
- ? Épilepsie
- ? Allergie
- ? Fatigue

Cardio-vasculaire

- ? Point au cœur
- ? Palpitations
- ? Mauvaise circulation
- ? Chevilles enflées

Respiratoire

- ? Douleur respiration
- ? Respiration difficile
- ? Asthme
- ? Toux

ORL

- ? Otite
- ? Sinusite
- ? Maux de gorge

Gastro-intestinal

- ? Faim excessive
- ? Soif excessive
- ? Constipation
- ? Douleur d'estomac
- ? Hémorroïdes
- ? Nausée/vomissement
- ? Diarrhée
- ? Sang dans les selles

Musculo-squelettique

- ? Arthrite
- ? Douleurs articulaires
- ? Douleurs musculaires
- ? Articulations enflées

Génito-urinaire

- ? Uriner fréquemment
- ? Douleur à uriner
- ? Incontinence
- ? Rétention
- ? Trouble de la prostate
- ? Pierres aux reins

Peau

- ? Démangeaison
- ? Psoriasis
- ? Zona
- ? Peau sèche
- ? Urticaire

Je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets au mieux de ma connaissance. J'autorise le chiropraticien traitant à effectuer un examen, comprenant des radiographies si le besoin en est, et à me dispenser les soins nécessaires. J'assume également les frais encourus.

Signature : _____

Date : _____

Parent: _____

(Si moins de 16 ans)

Date : _____