

## Date \_\_\_\_\_

1

---

---

---

Cela a commencé ☐ soudainement, ☐ graduellement, ☐ suite à un événement précis

Facteurs déclencheurs :

Facteurs aggravants : \_\_\_\_\_

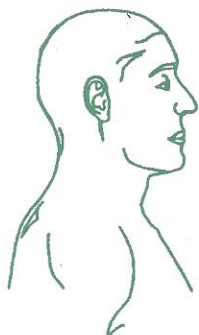
Facteurs soulageants, bénéfiques \_\_\_\_\_

Comment ce problème affecte-t-il votre fonctionnement global? \_\_\_\_\_

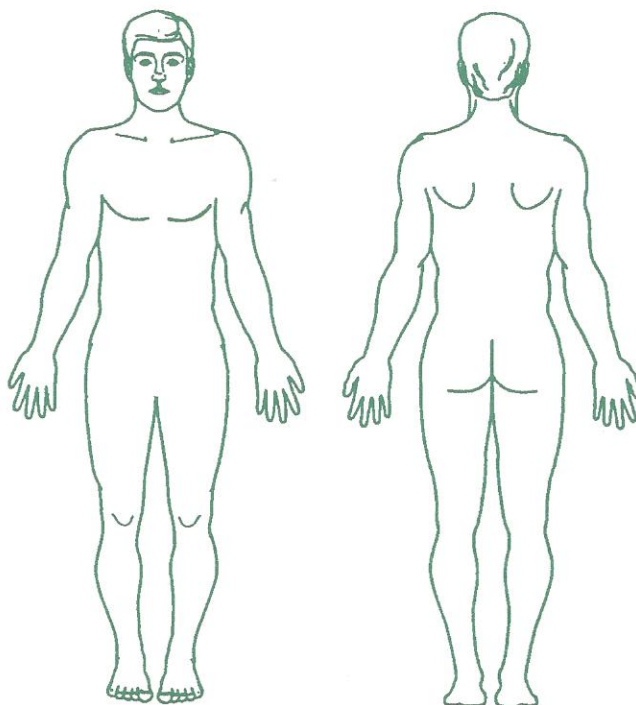
Veillez indiquer tous les autres types de traitements appliqués à ce problème. \_\_\_\_\_  
(y compris tout médicament)



## GAUCHE



DROITE



• Votre cas relève-t-il de la commission des accidents du travail? ☐ Non ☐ Oui

N° de votre dossier \_\_\_\_\_ Nom de la personne en charge \_\_\_\_\_

• Êtes-vous sans emploi? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, depuis combien de temps? \_\_\_\_\_

• Êtes-vous en congé du travail en ce moment? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, durée du congé : \_\_\_\_\_

- Avez-vous récemment manqué des jours de travail à cause de votre état de santé?  
☐ Non    ☐ Oui    Commentez : \_\_\_\_\_
- Aimez-vous votre travail?    ☐ Oui    ☐ Non
- Votre niveau de stress au travail dépasse-t-il votre niveau de tolérance actuel?  
☐ Non    ☐ Oui
- Votre posture au travail :    ☐ assise    ☐ debout    ☐ penchée    ☐ accroupie    ☐ autre  
 Spécifiez : \_\_\_\_\_
- Avez-vous à forcer physiquement durant l'exécution de vos tâches?    ☐ Non    ☐ Oui  
 Spécifiez : \_\_\_\_\_

## STRESS PHYSIQUE

- Votre naissance

Veuillez indiquer tous renseignements significatifs entourant l'histoire de votre naissance...  
 L'état de santé de votre mère, sa consommation d'alcool, de cigarettes, de drogues et de médicaments, la nature de l'accouchement (difficile, provoqué, césarienne, utilisation de ventouse ou de forceps, anesthésie, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Depuis votre naissance jusqu'à ce jour, avez-vous subi : (indiquez la date et les commentaires appropriés)  
 opérations/chirurgies? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

hospitalisations? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

accidents/traumatismes, avec ou sans fractures (chutes, blessures à la tête, accidents d'auto, blessures sportives...)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

perte de conscience/convulsions? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été sous traitement de radiothérapie ou de chimiothérapie?    ☐ Non    ☐ Oui

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous été allaité(e)?    ☐ Non    ☐ Oui, combien de temps? \_\_\_\_\_

- Vous arrive-t-il de « faire craquer » intentionnellement    votre cou ☐    votre dos ☐  
☐ Non    ☐ Oui

## HABITUDES DE VIE

- Selon vous, la qualité de votre sommeil est-elle acceptable? ☐ Oui ☐ Non

Expliquez : \_\_\_\_\_

- Heure du coucher \_\_\_\_\_ Heure du réveil \_\_\_\_\_

- Vous dormez sur le dos ☐ sur le ventre ☐ sur le côté ☐ \_\_\_\_\_

- Votre matelas est ☐ dur ☐ mou ☐ creusé ☐ confortable ☐ inconfortable ☐ lit d'eau

- Vous pratiquez des exercices de méditation ☐ de relaxation ☐ de respiration ☐ \_\_\_\_\_

- Activité physique? ☐ Oui ☐ Non de quel type et à quelle fréquence? \_\_\_\_\_

- Êtes-vous satisfait(e) de votre poids actuel? ☐ Oui ☐ Non Poids actuel : \_\_\_\_\_ Kg/Lbs

- Avez-vous récemment pris ou perdu plus de 5 livres (2.2 kilos)? ☐ Oui ☐ Non

Commentez : \_\_\_\_\_

- À quelle fréquence allez-vous à la selle? \_\_\_\_\_ par jour, \_\_\_\_\_ par semaine

- Vos selles sont : dures ☐ non formées ☐ normales ☐

- Vous portez : des orthèses pour les pieds ☐ des talons correctifs ☐ des lunettes ☐  
des verres de contact ☐ un dentier ☐ un partiel ☐ un appareil auditif ☐ un stimulateur cardiaque ☐

- Avez-vous souffert de troubles émotifs ou mentaux? ☐ Non ☐ Oui Commentez : \_\_\_\_\_

- Quels sont vos loisirs, passe-temps? \_\_\_\_\_

- Quelles sont les choses que vous trouvez stressantes? \_\_\_\_\_

- Mangez-vous régulièrement dans les restaurants? ☐ Non ☐ Oui Quels types? \_\_\_\_\_

- Avez-vous été vacciné(e) au cours de votre enfance? ☐ Non ☐ Oui \_\_\_\_\_

- Avez-vous fait des réactions suite à un vaccin? ☐ Non ☐ Oui Commentez : \_\_\_\_\_

- Avez-vous été vacciné(e) récemment (grippe, voyages, hépatite B, méningite,...)? ☐ Non ☐ Oui

Type de vaccin : \_\_\_\_\_

- Durant votre enfance étiez-vous souvent malade? ☐ Non ☐ Oui Expliquez : \_\_\_\_\_

## STRESS CHIMIQUE

- Énumérez tous les médicaments prescrits et non prescrits que vous consommez (nom et dose) :

coeur  
pression artérielle  
sommeil  
anti-dépresseur  
migraine  
analgésique  
contraceptif oral  
cholestérol

relaxant musculaire  
anti-inflammatoire  
bronchodilatateur  
pompe  
arthrite  
thyroïde  
hormones  
antibiotique

anti-acide  
ulcère  
laxatif  
diabète  
lithium  
chimiothérapie  
drogues à usage récréatif

- Indiquez tous les autres produits, vitamines, préparations homéopathiques, etc. \_\_\_\_\_

- Dans le passé, avez-vous consommé fréquemment un médicament ou autre produit non énuméré ci-dessus? ☐ Non ☐ Oui Si oui, lequel? \_\_\_\_\_

- Cochez parmi les produits suivants, ceux que vous consommez. Lorsqu'approprié, indiquez la quantité et la fréquence de votre consommation.

Repas congelés ☐ \_\_\_\_\_  
Repas restaurants ☐ \_\_\_\_\_  
Soupes conserves ou sachets ☐ \_\_\_\_\_  
Sauces conserves ou sachets ☐ \_\_\_\_\_  
Frites ☐ \_\_\_\_\_  
Prêt-à-manger, friture ☐ \_\_\_\_\_  
Pizza ☐ \_\_\_\_\_  
Chips ☐ \_\_\_\_\_  
Charcuteries ☐ \_\_\_\_\_  
Viandes préparées tranchées ☐ \_\_\_\_\_  
Fromage ☐ \_\_\_\_\_  
Verre de lait ☐ \_\_\_\_\_  
Yogourt ☐ \_\_\_\_\_  
Crème glacée ☐ \_\_\_\_\_  
Margarine ☐ \_\_\_\_\_  
Chocolat ☐ \_\_\_\_\_  
Sucre blanc ☐ \_\_\_\_\_  
Bonbons ☐ \_\_\_\_\_  
Desserts, pâtisseries ☐ \_\_\_\_\_  
Sucres artificiels ☐ \_\_\_\_\_  
Gomme sans sucre ☐ \_\_\_\_\_  
Boisson gazeuse  
régulière ☐ diète ☐ \_\_\_\_\_

Café ☐ \_\_\_\_\_  
Thé ☐ \_\_\_\_\_  
Tisane ☐ \_\_\_\_\_  
Eau ☐ du robinet, de source, distillée \_\_\_\_\_  
Boeuf ☐ \_\_\_\_\_  
Poulet ☐ \_\_\_\_\_  
Poisson ☐ \_\_\_\_\_  
Porc ☐ \_\_\_\_\_  
Jambon ☐ \_\_\_\_\_  
Pomme de terre ☐ \_\_\_\_\_  
Pâte ☐ \_\_\_\_\_  
Pain blanc ☐ \_\_\_\_\_  
Autre ☐ \_\_\_\_\_  
Fruits frais ☐ \_\_\_\_\_  
Conserves ☐ \_\_\_\_\_  
Légumes crus ☐ \_\_\_\_\_  
Cuits ☐ \_\_\_\_\_  
Légumineuses ☐ \_\_\_\_\_  
Tofu ☐ \_\_\_\_\_  
Soya ☐ \_\_\_\_\_  
Noix ☐ \_\_\_\_\_  
Huile pressée à froid ☐ \_\_\_\_\_

- Consommez-vous de l'alcool? ☐ Non ☐ Oui De quel type? \_\_\_\_\_  
Et en quelle quantité? \_\_\_\_\_

- Fumez-vous (cigarette, cigare et/ou pipe) ? ☐ Non ☐ Oui Depuis combien d'années? \_\_\_\_\_ Quantité? \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà fumé? ☐ Non ☐ Oui Pendant combien de temps? \_\_\_\_\_ Quantité \_\_\_\_\_ Date d'arrêt \_\_\_\_\_
- Êtes-vous régulièrement exposé(e) à des produits chimiques au travail, à la maison, pendant vos loisirs? \_\_\_\_\_

## SECTION RÉSERVÉE AUX HOMMES

- La couleur et l'odeur de votre urine vous semblent-elles normale? ☐ Non ☐ Oui
- Vous levez-vous la nuit pour uriner? ☐ Non ☐ Oui Combien de fois : \_\_\_\_\_
- Éprouvez-vous de la difficulté à uriner? ☐ Non ☐ Oui Commentez : \_\_\_\_\_
- Avez-vous des difficultés sexuelles? ☐ Non ☐ Oui Commentez : \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous actuellement d'une maladie vénérienne? ☐ Non ☐ Oui Si oui, laquelle? \_\_\_\_\_
- Avez-vous un problème de fertilité? ☐ Non ☐ Oui \_\_\_\_\_
- Souffrez-vous d'un problème de prostate? ☐ Non ☐ Oui \_\_\_\_\_

## SECTION RÉSERVÉE AUX FEMMES

- Vous levez-vous la nuit pour uriner? ☐ Non ☐ Oui Combien de fois : \_\_\_\_\_
- Êtes-vous enceinte? ☐ Non ☐ Oui Si oui, indiquez de combien de semaines : \_\_\_\_\_
- Utilisez-vous une méthode de contraception? ☐ Non ☐ Oui laquelle : \_\_\_\_\_
- Date du premier jour des dernières menstruations : \_\_\_\_\_
- Votre cycle menstruel est-il régulier? ☐ Non ☐ Oui Indiquez le nombre de jours : \_\_\_\_\_
- Le flux sanguin est-il abondant? ☐ Non ☐ Oui \_\_\_\_\_

Combien d'accouchements avez-vous eu? \_\_\_\_\_ De fausses couches? \_\_\_\_\_

Nature de vos accouchements : ☐ Naturels ☐ avec anesthésie épidurale ☐ par césarienne \_\_\_\_\_

- Avez-vous déjà noté la présence de masses sur les seins? ☐ Non ☐ Oui \_\_\_\_\_

- Vous avez déjà eu :

un kyste à : ☐ l'ovaire, ☐ l'utérus, ☐ au vagin \_\_\_\_\_

un fibrome ☐ Non ☐ Oui \_\_\_\_\_

un curetage ☐ Non ☐ Oui \_\_\_\_\_

une biopsie ☐ Non ☐ Oui \_\_\_\_\_

une mammographie ☐ Non ☐ Oui \_\_\_\_\_

un test PAP positif ☐ Non ☐ Oui \_\_\_\_\_

une maladie transmise sexuellement ☐ Non ☐ Oui Laquelle? \_\_\_\_\_

- Quelle est la date de votre dernier examen gynécologique? \_\_\_\_\_

- Approximativement 2 semaines avant vos menstruations, présentez-vous les symptômes suivants?

Prise de poids ☐  
 Dépression ☐  
 Irritabilité, changement d'humeur ☐  
 Enflure, rétention d'eau ☐  
 Nausée et/ou vomissements ☐  
 Sentiment suicidaire ☐  
 Anxiété ☐

Douleurs et crampes aux jambes ☐  
 Attaque d'asthme ☐  
 Maux de tête et migraines ☐  
 Difficulté à vous concentrer ☐  
 Seins douloureux ☐  
 Douleur au bas du dos ☐  
 Autres ☐ \_\_\_\_\_

- Durant vos menstruations, présentez-vous les symptômes suivants?

Douleur à l'abdomen ☐  
 Douleur au bas du dos ☐  
 Besoin d'uriner plus fréquent ☐  
 Diarrhée ☐

Maux de tête et migraines ☐  
 Nausée et/ou vomissements ☐  
 Besoin de vous coucher pour 1 ou 2 jours ☐  
 Insomnie ☐  
 Goût accru pour le sucre ou le sel ☐

- Présentez-vous des difficultés sexuelles? ☐ Non ☐ Oui Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

- Avez-vous commencé ou terminé votre ménopause? ☐ Non ☐ Oui À quel âge? \_\_\_\_\_

- Présentez-vous des symptômes associés à la ménopause? ☐ Non ☐ Oui Lesquels? \_\_\_\_\_

- Pour chacune des parties du corps, énumérées ci-dessous, veuillez indiquer tout mauvais fonctionnement, malaise, douleur... Indiquez vos commentaires quant à la nature, la fréquence, l'intensité et la durée du problème en question.

|                                                      |                                                                                     |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tête (maux, migraine) _____ | <input type="checkbox"/> Larynx <input type="checkbox"/>                            |
| <input type="checkbox"/> Cuir chevelu _____          | <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/>                              |
| <input type="checkbox"/> Visage _____                | <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/>                          |
| <input type="checkbox"/> Vision _____                | <input type="checkbox"/> Cage thoracique <input type="checkbox"/>                   |
| <input type="checkbox"/> Yeux _____                  | <input type="checkbox"/> Poitrine <input type="checkbox"/>                          |
| <input type="checkbox"/> Audition _____              | <input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/>                           |
| <input type="checkbox"/> Oreilles _____              | <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/>                            |
| <input type="checkbox"/> Étourdissement _____        | <input type="checkbox"/> Bronches <input type="checkbox"/>                          |
| <input type="checkbox"/> Équilibre _____             | <input type="checkbox"/> Respiration <input type="checkbox"/>                       |
| <input type="checkbox"/> Odorat _____                | <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents <input type="checkbox"/>                  |
| <input type="checkbox"/> Nez _____                   | <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/>                              |
| <input type="checkbox"/> Sinus _____                 | <input type="checkbox"/> Palpitation <input type="checkbox"/>                       |
| <input type="checkbox"/> Goût _____                  | <input type="checkbox"/> Pression sanguine <input type="checkbox"/>                 |
| <input type="checkbox"/> Gencives _____              | <input type="checkbox"/> Cholestérol élevé <input type="checkbox"/>                 |
| <input type="checkbox"/> Dents _____                 | <input type="checkbox"/> Accident cérébro-vasculaire (ACV) <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bouche _____                |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Mâchoires _____             | <input type="checkbox"/> Trouble circulation <input type="checkbox"/>               |
| <input type="checkbox"/> Amygdales _____             | <input type="checkbox"/> Varices <input type="checkbox"/>                           |
| <input type="checkbox"/> Gorge _____                 | <input type="checkbox"/> Estomac <input type="checkbox"/>                           |

- |                                                     |                                                         |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ulcère _____               | <input type="checkbox"/> Orteils _____                  |
| <input type="checkbox"/> Reflux gastrique _____     | <input type="checkbox"/> Épaule _____                   |
| <input type="checkbox"/> Digestion _____            | <input type="checkbox"/> Bras _____                     |
| <input type="checkbox"/> Ballonnements _____        | <input type="checkbox"/> Coude _____                    |
| <input type="checkbox"/> Nausée _____               | <input type="checkbox"/> Poignet _____                  |
| <input type="checkbox"/> Foie _____                 | <input type="checkbox"/> Main _____                     |
| <input type="checkbox"/> Vésicule biliaire _____    | <input type="checkbox"/> Doigts _____                   |
| <input type="checkbox"/> Rate _____                 | <input type="checkbox"/> Allergies _____                |
| <input type="checkbox"/> Pancréas _____             | <input type="checkbox"/> Psoriasis _____                |
| <input type="checkbox"/> Intestins _____            | <input type="checkbox"/> Eczéma _____                   |
| <input type="checkbox"/> Diverticules _____         | <input type="checkbox"/> Acné _____                     |
| <input type="checkbox"/> Hémorroïdes _____          | <input type="checkbox"/> Peau sèche _____               |
| <input type="checkbox"/> Rectum _____               | <input type="checkbox"/> Démangeaison _____             |
| <input type="checkbox"/> Gaz, flatulence _____      | <input type="checkbox"/> Perte de poids _____           |
| <input type="checkbox"/> Vessie _____               | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit _____          |
| <input type="checkbox"/> Reins _____                | <input type="checkbox"/> Insomnie _____                 |
| <input type="checkbox"/> Abdomen _____              | <input type="checkbox"/> Fatigue _____                  |
| <input type="checkbox"/> Hernie _____               | <input type="checkbox"/> Tuberculose _____              |
| <input type="checkbox"/> Ovaires / testicules _____ | <input type="checkbox"/> Cancer _____                   |
| <input type="checkbox"/> Utérus / prostate _____    | <input type="checkbox"/> Tumeur _____                   |
| <input type="checkbox"/> Cou _____                  | <input type="checkbox"/> Épilepsie _____                |
| <input type="checkbox"/> Haut du dos _____          | <input type="checkbox"/> Dépression _____               |
| <input type="checkbox"/> Milieu du dos _____        | <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel _____ |
| <input type="checkbox"/> Bas du dos _____           | <input type="checkbox"/> Angoisse _____                 |
| <input type="checkbox"/> Bassin _____               | <input type="checkbox"/> Nervosité _____                |
| <input type="checkbox"/> Coccyx _____               | <input type="checkbox"/> Troubles mentaux _____         |
| <input type="checkbox"/> Jambe _____                | <input type="checkbox"/> Troubles émotionnels _____     |
| <input type="checkbox"/> Genou _____                | <input type="checkbox"/> Autres : _____                 |
| <input type="checkbox"/> Cheville _____             |                                                         |
| <input type="checkbox"/> Pied _____                 |                                                         |

Antécédents familiaux : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DÉCLARATION DU CLIENT

Je déclare que toutes les informations fournies sont complètes et exactes. Par la présente, j'autorise le Docteur en chiropratique à effectuer les examens (physique et radiologique) et les soins nécessaires afin de m'aider à préserver ou améliorer ma santé.

\_\_\_\_\_  
Signature du client (ou représentant légal)

Date \_\_\_\_\_