



457 route 105, unité 2
 Chelsea (QC)
 J9B 1L2
 (819) 827-4499
Fax : (819) 827-4459
Drmartine4kids@hotmail.com
 www.chelseachiro.com

Formulaire pour les nouveaux Grands

Date:

Avant de commencer, nous aimerions savoir à qui nous devons un immense MERCI! pour vous avoir référé à nous:

S'il-vous-plaît, remplir toutes les questions au mieux de vos connaissances, et nous retourner le formulaire le plus rapidement possible, en personne, par fax ou par courriel.

Merci.

Informations personnelles (*compléter à l'encre s'il-vous-plaît*)

Nom de famille:

Prénom:

Adresse:

Ville:

Code postal:

Téléphone Résidence:

Travail:

Cellulaire:

Peut-on laisser un message à ces numéros? Oui Non

Courriel:

Peut-on vous envoyer un courriel ou bulletin de nouvelles à cette adresse? Oui Non

Date de naissance:

Quelle est votre occupation?

Où travaillez-vous?

Êtes-vous? célibataire marié (e) conjoint de fait (e) divorcé (e) veuf (ve)

Quel est le nom de votre partenaire de vie?

Quels sont les noms de vos enfants et leurs âges?

Histoire actuelle

Racontez-nous votre histoire... Si vous consultez pour une santé optimale, racontez-nous ce que vous faites déjà pour améliorer cet état. Si vous consultez pour un état particulier, racontez-nous comment vous pensez que ça a commencé et ce que vous avez eu à traverser depuis. Vous pouvez ajouter d'autres feuilles au besoin.

Avez-vous consulté un (e) autre spécialiste pour la même raison qui vous amène ici? Oui Non
 Si oui, qui? Quand?

Et quel en a été le résultat?

Avez-vous déjà reçu des soins chiropratiques? Oui Non

Si oui, qui était votre chiropraticien (ne)?

Date du dernier ajustement:

Qu'avez-vous le plus aimé de ces soins?

Qu'avez-vous le moins aimé de ces soins?

Objectifs secondaires

Existe-t-il d'autres raisons pour lesquelles nous pourrions vous être utiles et que vous aimeriez que nous adressions éventuellement?

Histoire de vie

Au mieux de vos connaissances, comment s'est passé votre grossesse (lorsque votre mère était enceinte de vous) et votre accouchement?

Avez-vous été victime de traumatismes à la naissance tels

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Induction (travail provoqué) | <input type="checkbox"/> Césarienne | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Péridurale/épidurale/anesthésie | <input type="checkbox"/> Forceps/ventouse | |

Avez-vous reçu les vaccins de routine? Oui /Non Date des plus récents vaccins: _____

Avez-vous souffert de réactions adverses aux vaccins? Oui Non

Comment était votre santé en général lorsque vous étiez...

- Enfant ?
- Adolescent?
 - o Faisiez-vous beaucoup de sport?
 - Quel sport en particulier?
 - o Si vous êtes une femme, le début des règles s'est bien passé?
- Adulte?

Date des dernières prises de sang: _____

Souffrez-vous de débalancements tels:

- Cholestérol élevé Diabète Autre problème chronique
 Hypertension Anémie

Avez-vous déjà...

- Été opéré? Oui / Non Si oui, quand et pourquoi? _____
 Été victime de chutes, de collisions automobiles ou de blessures? Oui / Non
 ○ Si oui, quand et décrire brièvement:
 Subi des fractures ou des pertes de conscience? Oui / Non
 ○ Si oui, quand et décrire brièvement:
 Été hospitalisé? Oui / Non Si oui, quand et pourquoi? _____
-

Antécédents familiaux

Est-ce que votre père et votre mère sont en bonne santé? Oui Non

- Si Non, spécifiez brièvement:
 Y a-t-il une historique dans la famille de problèmes cardiaques,
 problèmes de thyroïde ou cancers particuliers?

Si vous avez des frères, des sœurs et ou des enfants, sont-ils en bonne santé? Oui Non

- Si Non, spécifiez brièvement:
-

Style de vie

Prenez-vous des médicaments (drogues), incluant la pilule anticonceptionnelle? Oui Non

Si oui, lesquels?

Depuis quand et à quelle dose?

Prenez-vous des suppléments, incluant les vitamines? Oui Non

Si oui, lesquels?

Depuis quand et à quelle dose?

Prenez-vous du café, du thé, ou des boissons gazeuses? Oui Non

Si oui, combien?

Fumez-vous la cigarette, la marijuana ou le haschish? Oui Non

Si oui, combien?

Prenez-vous de l'alcool? Oui Non

Si oui, combien?

Selon vous, buvez-vous suffisamment d'eau? Oui Non Je ne sais pas
 Combien de verres d'eau buvez-vous par jour?

Faites-vous de l'exercice régulièrement? Oui Non
 Si oui, quoi?

À quelle intensité? Faible Modérée Intense

Combien de fois par jour ou par semaine?

Combien d'heures de sommeil dormez-vous par nuit?

Considérez-vous votre sommeil comme récupérateur? Oui Non

Dans quelle position dormez-vous?

Votre matelas est-il relativement ferme?

Il a quel âge?

Quel type d'oreiller avez-vous?

Il a quel âge?

Considérez-vous votre alimentation comme bonne? Oui Non

Êtes-vous végétarien?

Mangez-vous du poisson, et si oui à quelle fréquence?

Combien de portions de lait de vache prenez-vous par jour?

Mangez-vous souvent...

- des plats cuisinés à la maison des repas au restaurant
- des plats préparés d'avance au magasin?

Revue des systèmes

Souffrez-vous de difficultés au niveau...

- Des yeux – infections récurrentes, strabisme, myopie, presbytie, etc.
- Des oreilles – otites, problèmes d'audition, entendre des bruits constants, etc.
- Du nez ou des sinus – congestion, rhumes fréquents, sinusites à répétition, allergies, etc.
- De la bouche ou de la gorge – abcès, maux de gorge fréquents, etc.
- De la digestion – reflux acides, difficulté à digérer certains aliments, allergies, etc.
- De l'élimination – diarrhée ou constipation fréquente, difficulté/douleur à uriner, etc.
- Des poumons et de la respiration – difficulté à respirer, bronchite chronique, asthme, etc.
- Du coeur – problèmes cardiaques, sensation de palpitations, haute ou basse pression, etc.
- Du système nerveux ou vasculaire – maux de tête, migraines, étourdissements, vertiges, évanouissements, tremblements, engourdissements, perte de mémoire, etc.
- De la peau – irritations, boutons/plaques, démangeaisons, eczéma, psoriasis, etc.
- Du système osseux et articulaire – douleur à d'autres articulations, etc.

- De la santé émotionnelle – face au travail, à la maison, à l'école, aux finances, à la grossesse, au rôle d'aidant naturel, à la perte d'un proche, etc.
- De la santé psychologique – Dépression, irritabilité, fatigue, nervosité, etc.
 - Pas trop stressé?
- De la fertilité – difficultés à concevoir, fausses couches, etc.
- Du système génital –
 - pour les femmes: douleurs menstruelles, symptômes de ménopause, etc.
 - pour les hommes: difficultés érectiles, diminution de la libido, etc.

Quelles sont vos passe-temps et/ou vos passions?

Attentes

Quelles sont vos attentes en venant ici ?

Désirez-vous recevoir des soins...

- Symptomatiques de rapièçage (“patch”), seulement pour diminuer la douleur
- Pour restaurer votre santé
- Pour maintenir votre santé
- Pour augmenter votre niveau de mieux-être

La Santé et la Qualité de vie sont parmi les biens les plus précieux dans ce monde – VOTRE SANTÉ ET CELLE DE VOTRE FAMILLE. La Chiropratique est là pour Vous. Les ajustements vont vous aider à exprimer votre plein potentiel de vie. Lorsque vous recevez un ajustement chiropratique, le travail ne fait que commencer. Dans les heures et les jours suivants votre ajustement, votre Intelligence Innée continuera à travailler en utilisant les informations reçues lors de l'ajustement afin de vous améliorer et de relâcher votre plein pouvoir de guérison. À la Maison Chiropratique Petits et Grands, nous ne traitons aucune condition ni maladie. Nous ajustons des personnes et le corps décide, grâce à son Intelligence Innée, ce qui doit être fait, et ce qui peut encore être fait, et ce processus prend du temps. Nous travaillons en harmonie avec votre sagesse intérieure. Cette démarche implique que vous aussi vous repreniez le contrôle de votre vie et de votre santé, et que vous acceptiez de vous investir à assister votre “Docteur Intérieur”.

Je reconnais que les renseignements fournis sont exacts au mieux de mes connaissances et je consens à recevoir les examens nécessaires pour évaluer ma condition.

Signature

Date