

15. Quels ont été les résultats ? _____

16. Si ce problème disparaissait demain, comment votre vie serait-elle différente ?

17. Si vous n'aviez pas ce problème, que feriez-vous de différent ?

18. Depuis que ce problème existe, avez-vous changé certaines habitudes ? oui non Si oui lesquelles ?

19. Avez-vous ressenti les symptômes suivants récemment ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Perte de poids inexplicable | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Pouls très rapide |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Perte de sensation entre les jambes | <input type="checkbox"/> Infection récente |
| <input type="checkbox"/> Traumatisme violent | <input type="checkbox"/> Douleur qui vous réveille la nuit | <input type="checkbox"/> Présence de sang dans les selles / urine |

20. SVP Cochez tous les symptômes que vous avez, même s'ils ne semblent pas reliés à votre problème actuel :

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Étourdissements | <input type="checkbox"/> Mains/pieds froids | <input type="checkbox"/> Ulcères/brûlements | <input type="checkbox"/> Anémie |
| <input type="checkbox"/> Vertiges | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Perte d'odorat | <input type="checkbox"/> Insomnie |
| <input type="checkbox"/> Évanouissements | <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Troubles reins/vessie | <input type="checkbox"/> Infertilité |
| <input type="checkbox"/> Fatigue chronique | <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer | <input type="checkbox"/> Troubles de prostate | <input type="checkbox"/> Problèmes de peau |
| <input type="checkbox"/> Dépression/Anxiété | <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Troubles de thyroïde | <input type="checkbox"/> Épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Faiblesse | <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Troubles de foie |
| <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Hypoglycémie | <input type="checkbox"/> Douleurs menstruelles |
| <input type="checkbox"/> Palpitations | <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Irrégularités menstruelles |
| <input type="checkbox"/> Haute/Basse pression | <input type="checkbox"/> Gaz | <input type="checkbox"/> Acouphènes | <input type="checkbox"/> Sida |
| <input type="checkbox"/> Changements d'humeur | <input type="checkbox"/> Hémorroïdes | <input type="checkbox"/> Engourdissements | <input type="checkbox"/> Cancer ou tumeur |
| <input type="checkbox"/> Enflure | <input type="checkbox"/> Indigestion | <input type="checkbox"/> Rhumatismes | <input type="checkbox"/> Autres _____ |
| <input type="checkbox"/> Sueurs | | <input type="checkbox"/> Arthrite | _____ |

21. Qu'est-ce qui décrit le mieux vos sentiments actuels?

- Je me sens impuissant(e), comme si rien ne peut m'aider.
- C'est terrible, j'ai peur et j'espère que vous pouvez me guérir.
- Je me sens pris et je ne peux m'aider.
- Je mérite plus que ce qui m'arrive, j'aimerais que vous m'assistiez durant mon processus de guérison.
- Autre : _____

22. Classifiez sur une échelle de 0 à 3 : 0- Pas du tout 1- Peu 2- Modérément 3- Extrême

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| a) À quel point votre problème est un inconvénient présentement ? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| b) À quel point l'était-il dans le passé ? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| c) Si vous ne résolvez pas ce problème, à quel point cela vous affectera-t-il dans le futur ? | 0 | 1 | 2 | 3 |

23. Avez-vous déjà utilisé les thérapies suivantes ? Si oui, décrivez la raison de votre consultation, la durée et les résultats :

- Massothérapie : _____
- Psychothérapie : _____
- Ostéopathie : _____
- Physiothérapie/Ergothérapie : _____
- Chiropratique : _____
- Thérapie par la musique / son / danse / lumière / aromathérapie : _____
- Homéopathie : _____
- Médecine ayurvédique : _____
- Médecine chinoise / Acupuncture : _____
- Naturothérapie : _____
- Yoga / Tai-chi / Qi-Gong : _____
- Intégration Somato-Respiratoire : _____
- Autre : _____

Partie II : Antécédents de santé

STRESS PHYSIQUES

1. Cochez ce qui s'applique à votre naissance (répondez au meilleur de votre connaissance)
 Accouchement provoqué Épidural Césarienne Siège Forceps Ventouse Cordon autour du cou
 Travail long Complications lors de l'accouchement : _____
2. Avez-vous déjà blessé votre colonne vertébrale (tête, cou, dos, bassin) ?
 - a) Date de la blessure la plus grave : _____
 - b) Comment cette blessure est-elle survenue ? _____
 - c) Date de la blessure la plus récente : _____
 - d) Comment cette blessure est-elle survenue ? _____
3. Cochez les événements qui vous sont arrivés parmi les suivantes :
 Chute en bas du lit Chute sur la glace Sports de combat (judo, boxe)
 Chute dans les escaliers Sports d'impact (hockey, football...) Chute à vélo
4. Avez-vous déjà eu une commotion cérébrale ? oui non _____
5. Avez-vous eu de l'orthodontie ou du travail dentaire important ? oui non _____
6. Avez-vous servi dans l'armée ? oui non Avez-vous été impliqué dans un combat ? oui non
7. Je fais de l'exercice physique : tous les jours toutes les semaines tous les mois
Décrivez : _____
8. Votre position de sommeil : Dos Côté Ventre Votre sommeil est-il réparateur ? oui non
9. Jouez-vous d'un instrument de musique pendant de longues périodes ? oui non Lequel ? _____
10. Avez-vous déjà été impliqué dans un accident de la route (même si vous croyez que cela ne vous a pas blessé) ?
oui non SVP Listez les dates approximatives et la sévérité (Léger, Modéré, Extrême)

11. Avez-vous été hospitalisé ? oui non Raison : _____
12. Avez-vous subi des chirurgies ? oui non Raison : _____
13. Avez-vous déjà eu des radiographies ? oui non Si oui, Date : _____ Raison : _____
14. Avez-vous eu : Ponction lombaire Injections vertébrales Collet cervical Corset vertébral Tractions
 Talonnette Souliers correctifs Chimiothérapie/Radiothérapie Transfusion

STRESS CHIMIQUES

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

16. Date de la dernière visite chez votre médecin : _____
17. Veuillez énumérer tous les produits naturels, vitamines ou herbes que vous consommez régulièrement :

18. Avez-vous déjà utilisé un ou des médicaments pour une période de plus de 3 mois ? oui non
 - a) Lequel ou lesquels : _____
 - b) Pour quelle raison : _____
19. Avez-vous déjà travaillé avec des produits chimiques, des émanations, de la fumée ou autres produits dangereux pendant de longues périodes ? oui non _____
20. Fumez-vous ? oui non Si oui, combien de paquets par semaine ? _____

21. Consommez-vous des produits contenant des sucres artificiels (ex. : boisson gazeuse diète, splenda, sucralose, aspartame, etc.) ? oui non Si oui, lesquels ? _____

SECTION RÉSERVÉE AUX FEMMES

1. Êtes-vous enceinte ? oui non peut-être
 2. Avez-vous des enfants ? oui non Nombre : _____
 3. Méthode contraceptive : Anovulants Stérilet Condom Abstinence Autres : _____
 4. Dernière période menstruelle du _____ au _____.
 5. Êtes-vous en ménopause ? oui non

STRESS ÉMOTIONNELS

1. Pour chacune des situations suivantes, cochez si ces stress sont survenus dans le passé ou si vous les vivez présentement. Veuillez commenter.

	Dans le passé	Présentement	Commentaires
Stress familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Séparation/Divorce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déménagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stress lié au travail / à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perte d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Changement d'orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Changement de style de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abus physique/ acte de violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grossesse/ Accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Personnalité perfectionniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PARTIE IV : Vos besoins et vos attentes

1. Une étude sur 2800 patients recevant des soins Network a été publiée par le collège de médecine de l'Université Irvine en Californie. Cette étude a démontré que les patients ressentaient des bienfaits à tous les niveaux de santé énumérés ci-dessous. Qu'attendez-vous de vos soins à notre clinique ? Veuillez utiliser l'échelle suivante pour répondre :
 4-Très important 3- Important 2- Pas important 0- Ne s'applique pas
- _____ Amélioration de mes symptômes physiques.
 - _____ Amélioration de mes symptômes émotionnels/mentaux.
 - _____ Amélioration de ma capacité à réagir aux stress.
 - _____ Amélioration de mon appréciation de la vie / de ma capacité à prendre des décisions.
 - _____ Amélioration générale de ma qualité de vie.
2. Y a-t-il des aspects de votre vie qui vous rendent très heureux et qui augmentent votre vitalité ?

3. Y a-t-il des facteurs ou des éléments particuliers de votre vie (vos expériences, votre famille, votre travail, vos passe-temps, des vieilles blessures, votre génétique, votre alimentation ou votre style de vie) qui vous empêchent d'exprimer votre plein potentiel de santé ?

4. Y a-t-il des facteurs ou des éléments particuliers de votre vie (vos expériences, votre famille, votre travail, vos passe-temps, des vieilles blessures, votre génétique, votre alimentation ou votre style de vie) qui vous ajoutent ou augmentent votre potentiel de santé ?

Comment qualifiez-vous votre santé physique : Excellente Bonne Pauvre S'améliore Se détériore

Comment qualifiez-vous votre santé mentale /émotionnelle : Excellente Bonne Pauvre S'améliore Se détériore

DÉCLARATION :

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et j'autorise le chiropraticien à m'examiner.

Signature du patient (parent si mineur) : _____ Date : _____

Questionnaire de Santé, Bien-être & Qualité de vie

Numéro

Répondez à chaque question ci-dessous en encerclant le chiffre qui vous représente le mieux présentement.

I. État physique

Répondez aux questions suivantes selon la fréquence :	Jamais	Rare	À l'occasion	Régulier	Constant
1. Présence de douleur physique (mal de cou ou de dos, bras, jambe, etc)	1	2	3	4	5
2. Sensation de tension, de raideur ou de manque de flexibilité dans votre colonne	1	2	3	4	5
3. Incidence de fatigue ou de faible énergie	1	2	3	4	5
4. Incidence de rhumes et de gripes	1	2	3	4	5
5. Incidence de maux de tête (de tous les types)	1	2	3	4	5
6. Incidence de nausée ou de constipation	1	2	3	4	5
7. Incidence de dérangements menstruels	1	2	3	4	5
8. Incidence d'allergies et d'éruptions cutanées (eczéma, psoriasis, autre...)	1	2	3	4	5
9. Incidence d'étourdissements ou de vertiges	1	2	3	4	5
10. Incidence d'accidents, de chutes	1	2	3	4	5

II. État mental et émotionnel

Répondez aux questions suivantes selon la fréquence :	Jamais	Rare	À l'occasion	Régulier	Constant
1. Si de la douleur est présente, à quel point cela vous affecte	1	2	3	4	5
2. Présence de sentiments négatifs ou de critiques envers vous-même	1	2	3	4	5
3. Mauvaise humeur, colère ou agressivité	1	2	3	4	5
4. Dépression ou de perte d'intérêt	1	2	3	4	5
5. Trop s'en faire avec de petites choses	1	2	3	4	5
6. Difficulté à penser, à se concentrer ou indécision	1	2	3	4	5
7. Peur ou anxiété	1	2	3	4	5
8. Agitation, difficulté à rester tranquille	1	2	3	4	5
9. Difficulté à s'endormir ou insomnie	1	2	3	4	5
10. Pensées ou rêves récurrents (qui reviennent souvent)	1	2	3	4	5

III. Évaluation de stress

Évaluez votre état de stress selon les catégories suivantes :	Aucun	Léger	Modéré	Intense	Extrême
1. Famille	1	2	3	4	5
2. Relations personnelles	1	2	3	4	5
3. Santé	1	2	3	4	5
4. Finances	1	2	3	4	5
5. Vie sexuelle	1	2	3	4	5
6. Travail	1	2	3	4	5
7. École	1	2	3	4	5

8. État de stress général	1	2	3	4	5
9. État de stress émotionnel	1	2	3	4	5
10. Gestion des problèmes quotidiens	1	2	3	4	5

IV. Joie de vivre

Évaluez sur une échelle de 1 à 5 :	Aucun	Léger	Modéré	Intense	Ultime
1. Écoute de votre intuition et de votre « voix intérieure »	1	2	3	4	5
2. Expérience de relaxation, d'aisance ou de bien-être	1	2	3	4	5
3. Présence de sentiments positifs envers vous	1	2	3	4	5
4. Intérêt à maintenir un style de vie sain	1	2	3	4	5
5. Sentiment d'ouverture, de connexion ou de conscience en relation avec les autres	1	2	3	4	5
6. Niveau de confiance dans votre habileté à gérer l'adversité ou les obstacles	1	2	3	4	5
7. Niveau de compassion pour les autres, acceptation des autres	1	2	3	4	5
8. Satisfaction avec le niveau de loisirs dans votre vie	1	2	3	4	5
9. Incidence de sentiments de joie et de bonheur	1	2	3	4	5
10. Niveau de satisfaction avec votre vie sexuelle	1	2	3	4	5
11. Temps dédié aux choses que vous aimez	1	2	3	4	5

V. Qualité de vie générale

Évaluez vos impressions concernant votre qualité de vie :	Terrible	Malheureux	Insatisfait	Mélangé	Satisfait	Heureux	Ravi
1. Votre vie personnelle	1	2	3	4	5	6	7
2. Votre conjoint	1	2	3	4	5	6	7
3. Votre vie romantique	1	2	3	4	5	6	7
4. Votre emploi	1	2	3	4	5	6	7
5. Vos collègues de travail	1	2	3	4	5	6	7
6. Vos tâches actuelles de travail	1	2	3	4	5	6	7
7. Gestions des problèmes dans votre vie	1	2	3	4	5	6	7
8. Ce que vous accomplissez présentement dans la vie	1	2	3	4	5	6	7
9. Votre apparence physique	1	2	3	4	5	6	7
10. Vous-même (personnalité)	1	2	3	4	5	6	7
11. Votre habileté à vous ajuster aux changements	1	2	3	4	5	6	7
12. Votre vie en entier	1	2	3	4	5	6	7
13. Satisfaction globale de votre vie	1	2	3	4	5	6	7
14. À quel point votre vie est comme vous la souhaitez	1	2	3	4	5	6	7