



218, boul. Broadway, Suite 106, Grand-Sault, N.-B. E3Z 2J9 • (506) 582-2000 • (506) 582-2002

Bienvenue à notre Centre Santé! S'il-vous-plaît répondre à toutes les questions.

Date : _____

Nom: _____ # de dossier: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Sexe: M F Age: _____ Date de naissance: (J) _____ (M) _____ (A) _____ État civil: M C V D

Courriel: _____

Téléphone: _____ Cellulaire: _____

Lieu de travail: _____ Occupation: _____

Téléphone au travail: _____

Taille: _____ Poids: _____ Assurance Maladie: _____

Nom du/de la conjoint(e): _____

Nom et âge de vos enfants: _____

Référé par: _____

Contact d'urgence (Nom et Téléphone): _____

Médecin de famille: _____ Téléphone: _____

ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

Raison du rendez-vous: Prévention/bilan de santé Wellness/Transfert d'un autre professionnel
 Problème spécifique nécessitant une solution

Avez-vous consulté un autre professionnel pour cette condition: Oui/Non

Nom du professionnel: _____

Type de traitement reçu: _____ Résultats: _____

Est-ce que cette condition est récurrente: Oui Non

Depuis combien de temps est-ce que cette condition vous affecte? _____

Est-ce que cette condition s'est développée suite à un évènement particulier? _____

Où se situe la douleur? _____

Est-ce que la douleur est: Aigue / Faible / Douloureuse / Sensation de brûlure / Raideur / Élançement / Autre: _____

Cette douleur se trouve dans: Bras / Mains / Tête / Fesses / Jambes / Mollets / Pieds

Est-ce que votre douleur est: Constante Intermittente

Si constante, est-ce que la douleur est présente lors de votre sommeil: Oui Non

Qu'est-ce qui aggrave votre condition? _____

Qu'est-ce qui soulage votre condition? _____

Est-ce que cette condition interfère avec: Travail / Routine quotidienne / Autre: _____

Médicament que vous prenez: Anti-inflammatoire / Analgésiques / Relaxant musculaire / Insuline

Tension artérielle / Reflux d'acide / Anti-dépresseurs / Pilule contraceptive / Autre: _____

Avez-vous fait l'expérience d'un gain ou d'une perte de poids significatif que vous n'attribuez pas à votre alimentation?

Oui Non S.V.P. décrire: _____

Avez-vous fait l'expérience d'une perte ou d'un changement dans les fonctions de votre intestin ou vessie? Oui Non

Avez-vous fait l'expérience des problèmes suivants: Étourdissements / Évanouissement / Vision floue
Est-ce que vous portez: Orthèses / Semelles intérieures
Est-ce que vous souffrez de toutes autres conditions pour laquelle vous ne nous consultez pas aujourd'hui:

ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ

Est-ce que vous êtes au courant des circonstances de votre naissance? :

Pas de complications / Forceps / Extraction par aspirateur / Césarienne / Autre : _____

Est-ce que vous fumez ou avez déjà fumé? Oui Non Date d'arrêt: _____

Avez-vous déjà reçu un diagnostic de cancer? Oui Non Lequel: _____

Opération ou chirurgie majeures: Appendice Amygdale Vésicule biliaire Hernie Chirurgie au dos Os cassé

Autres: _____

Accidents d'automobile: _____

Accidents reliés au travail: _____

Blessure liée au sport: _____

Blessure à la maison: _____

Blessure ou maladie durant l'enfance: _____

Autres accidents, chutes ou blessures majeures: _____

Hospitalisation (autre que mentionnée ci-haut): _____

Avez-vous déjà reçu des soins chiropratiques Oui Non

Pourquoi: _____ Quand: _____

Où: _____ Nom du Docteur: _____

Est-ce que des radiographies ont été prises: Oui Non

Historique familial (dans le cas échéant): Cancer Maladies du cœur Diabète Autres: _____

Est-ce que vous voulez partager toutes autres informations que vous jugez pertinentes à vos soins:

Veillez répondre aux questions suivantes pour que nous puissions mieux comprendre comment vous aider:

1. Sur une échelle de 1 à 10 (10 étant le plus important) Comment importante est votre santé pour vous:

2. Sur la ligne ci-dessous:

1. S'il-vous-plaît indiquez à l'aide d'un «X» où vous croyez être en date d'aujourd'hui

2. S'il-vous-plaît indiquez à l'aide d'un «O» où vous aimeriez vous trouver (votre objectif)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Combien de temps sera nécessaire afin d'atteindre votre objectif? _____

4. Que croyez-vous devoir changer afin d'atteindre votre objectif?

A: _____

B: _____

C: _____

D: _____



Dre Carole Ouellette, D.C.

218, boul. Broadway, Suite 106, Grand-Sault, NB E3Z 2J9
T 506.582.2000 • F 506.582.2002 • grandfallswellness.ca

Revue du Système Fonction du Nerf Spinaux

NERFS SPINAUX

ORGANES & GLANDES

Les organes et les glandes énumérés ci-dessous sont liés à la sections correspondantes du épine dorsale et ses nerfs spinaux.

SYMPTOMES ASSOCIÉS

Veillez indiquer ci-dessous les symptômes que vous expérience, ainsi que tout ce que vous avez déjà expérimenté.

CERVICALE	THORACIQUE	LOMBAIRE	SACRAL	ORGANES & GLANDES		SYMPTOMES ASSOCIÉS	
				ORGANES & GLANDES	SYMPTOMES ASSOCIÉS		
C1				Glande parotide • cuir chevelu	<input type="checkbox"/> Douleur Sinus & Oreille/Infection	<input type="checkbox"/> Anxiété et stress	
C2				Base de crâne • yeux • glande	<input type="checkbox"/> Nez et allergies	<input type="checkbox"/> Saisies	
C3				lacrimale • sinus Intérieur, moyen et	<input type="checkbox"/> Rhumes de tête fréquents	<input type="checkbox"/> ADD/TDAH	
C4				extérieur de l'oreille • nez • bouche	<input type="checkbox"/> Maux de gorge & tonsillite	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement thyroïdien	
C5					<input type="checkbox"/> Streptococcique	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement métabolique	
C6				Vaisseaux sanguins intracrâniens	<input type="checkbox"/> Toux chronique et croup	<input type="checkbox"/> insomnie	
C7				Système nerveux sympathique	<input type="checkbox"/> Difficulté à respirer	<input type="checkbox"/> Pression artérielle élevée/basse	
C8				Muscles du cou • membrane	<input type="checkbox"/> Mauvaise immunité	<input type="checkbox"/> Glandes lymphatiques élargies	
T1				Épauls • coudes • bras	<input type="checkbox"/> Vertiges et vertiges	<input type="checkbox"/> Migraines et maux de tête	
T2				Poignets • mains et doigts	<input type="checkbox"/> Tinnitus & oreille plénitude	<input type="checkbox"/> Douleur TMJ	
T3				Amygdales • cordes vocales	<input type="checkbox"/> Problèmes de vision	<input type="checkbox"/> Cou Stiff	
T4				Œsophage • coeur	<input type="checkbox"/> Watery/yeux secs	<input type="checkbox"/> Douleur de bras	
T5				Poumons • poitrine • thyroïde	<input type="checkbox"/> Fatigue chronique	<input type="checkbox"/> Engourdissement main/doigt	
T6					<input type="checkbox"/> Mauvaise concentration	<input type="checkbox"/> Perte de force de préhension	
T7					<input type="checkbox"/> Dépression		
T8				Bras • poignets	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Rénaux	
T9				Œsophage • poitrine • coeur	<input type="checkbox"/> Bronchite & pneumonie	<input type="checkbox"/> Attaques de vessies de Gall	
T10				Poumons • trachée • larynx	<input type="checkbox"/> Congestion	<input type="checkbox"/> Affections de la peau et éruptions cutanées	
T11				Diaphragme • estomac	<input type="checkbox"/> Reflux & DIRD	<input type="checkbox"/> Crampes menstruelles/PMS	
T12				Vésicule biliaire • foie	<input type="checkbox"/> Indigestion & brûlures d'estomac	<input type="checkbox"/> Infertilité	
L1				Pancréas • intestin grêle	<input type="checkbox"/> Douleurs à l'estomac	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement menstruel	
L2				Rate • reins • appendice	<input type="checkbox"/> Ulcères	<input type="checkbox"/> Éruptions cutanées et eczéma	
L3				Sur glandes • Colon • fesses	<input type="checkbox"/> Gaz et ballonnements	<input type="checkbox"/> hyperactivité	
L4				Utérus • ovaires • testicules	<input type="checkbox"/> Jaunisse	<input type="checkbox"/> Douleurs à l'épaule	
L5					<input type="checkbox"/> Affections hépatiques	<input type="checkbox"/> Douleurs au milieu du dos	
S1					<input type="checkbox"/> Dysrégulation du sucre sanguin	<input type="checkbox"/> Douleurs aux côtes	
S2				Gros intestin • colon	<input type="checkbox"/> Intestin irritable, Colite, maladie de Crohn	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement de la prostate et impuissance	
S3				Cuisses • fesses • aine	<input type="checkbox"/> Douleur au gaz & constipation	<input type="checkbox"/> Cysis de l'ovaire et endométriose	
S4				Genoux • jambes • pieds	<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Problèmes de fertilité/ Perte de Mentruation	
S5				Organes reproducteurs	<input type="checkbox"/> Hémorroïdes	<input type="checkbox"/> Douleur lombalgie	
					<input type="checkbox"/> Infections de la vessie	<input type="checkbox"/> Douleur de hanche	
					<input type="checkbox"/> Incontinence vésicale et lit mouillé	<input type="checkbox"/> Douleur de cuisse	
					<input type="checkbox"/> Miction douloureuse/excessive	<input type="checkbox"/> Engourdissement et picotements dans les jambes	
				Fesses • aine • jambes	<input type="checkbox"/> Varices	<input type="checkbox"/> Sciatique	
				Chevilles • pieds • orteils	<input type="checkbox"/> Crampes aux jambes	<input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes	
				Glande prostatique • vessie	<input type="checkbox"/> Jambes sans repos	<input type="checkbox"/> Douleurs au genou	
				Organes reproducteurs	<input type="checkbox"/> Mauvaise circulation et les pieds froids	<input type="checkbox"/> Douleurs à la cheville et entorses	
						<input type="checkbox"/> Douleur au pied & arches faibles	