



# OAKTREE

CHIROPRACTIC  
ACUPUNCTURE  
CHINESE MEDICINE

Formulaire de santé en chiropractie pour adulte

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Domicile #: \_\_\_\_\_ Tél. Cellulaire #: \_\_\_\_\_ Bureau #: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Oui  Non J'accepte de recevoir des communications d'Oaktree par courriel.

(Ces courriels sont des mises à jour d'Oaktree. Vous pourrez vous désinscrire à n'importe quel moment. Vous recevrez des rappels de rendez-vous et tout autre avis pas courriel.)

Date de naissance: [M] \_\_\_\_\_ [J] \_\_\_\_\_ [A] \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_ Grandeur: \_\_\_\_\_

Nom de votre médecin: \_\_\_\_\_

Lieu de Travail: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Réfé(e) par: \_\_\_\_\_

État civil:  Célibataire  Conjoint(e)  Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(veuve)

Avez-vous des enfants?  Oui (Âges: \_\_\_\_\_)  Non

## HISTORIQUE DE LA CHIROPRACTIE

Avez-vous déjà reçu de la chiropractie?  Oui  Non Y a-t-il eu des rayons X?  Oui  Non

Nom du chiropraticien: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Date de la dernière visite: [M] \_\_\_\_\_ [A] \_\_\_\_\_ Durée et fréquence des soins: \_\_\_\_\_

Il est entendu que le but de la visite aujourd'hui consiste à savoir si je suis candidat(e) pour soins chiropratiques et que je demeure responsable en vue de tous frais convenus entre moi et le docteur. Tous frais associés à l'examen me seront expliqués au préalable.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date



OAKTREE

CHIROPRACTIC  
ACUPUNCTURE  
CHINESE MEDICINE

**PRÉOCCUPATIONS DE SANTÉ**

**QUELLE EST VOTRE PRÉOCCUPATION PRINCIPALE PRÉSENTEMENT?**

\_\_\_\_\_

Endroit: \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps?

Avez-vous déjà eu ce problème dans le passé?

Qu'est-ce qui aggrave ce problème?

Qu'est-ce qui aide à diminuer cette situation?

Avez-vous des malaises ou des engourdissements dans vos bras ou vos jambes? \_\_\_\_\_

Est-ce que cette situation empire?

Oui  Non  C'est constant

Ça viens et ça part

Les malaises sont:

Vifs  Lents  Brûlants  Serrements

Sévérité de la douleur (Indiquez le degré sur la ligne. 0=pas de douleur, 10=sévère)

En ce moment: 0.....10

À son pire: 0.....10

Autres professionnels de santé qui vous ont traité(e) pour cette condition? Qu'avez-vous essayé de plus?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*Quel est l'impact principal de ce malaise dans votre vie? (Énumérez tous les impacts)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**S'IL Y A LIEU, QUELLE EST VOTRE DEUXIÈME PRÉOCCUPATION SUR VOTRE SANTÉ?**

\_\_\_\_\_

Endroit: \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps?

Avez-vous déjà eu ce problème dans le passé?

Qu'est-ce qui aggrave ce problème?

Qu'est-ce qui aide à diminuer cette situation?

Avez-vous des malaises ou des engourdissements dans vos bras ou vos jambes? \_\_\_\_\_

Est-ce que cette situation empire?

Oui  Non  C'est constant

Ça viens et ça part

Les malaises sont:

Vifs  Lents  Brûlants  Serrements

Sévérité de la douleur (Indiquez le degré sur la ligne. 0=pas de douleur, 10=sévère)

En ce moment: 0.....10

À son pire: 0.....10

Autres professionnels de santé qui vous ont traité(e) pour cette condition? Qu'avez-vous essayé de plus?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Quel but à l'égard de votre santé aurait l'impact le plus important dans votre vie, si vous étiez en mesure de l'atteindre ?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**SAVIEZ-VOUS QUE CHAQUE PRÉOCCUPATION CONCERNANT LA SANTÉ PEUT ÊTRE RELIÉE À UN ENDROIT PARTICULIER DE L'ÉPINE DORSALE OU DU SYSTÈME NERVEUX ? VEUILLEZ COCHER TOUS LES ÉLÉMENTS QUI S'APPLIQUENT À VOTRE SITUATION.**

**Tête/Cou**

- Perte de vision / vision floue
- Surdité/acouphènes
- Maux d'oreilles
- Mal de gorge / amygdale
- Problèmes de thyroïde
- Problèmes de sinus
- Allergies environnementales

**Système cardiovasculaire**

- Douleur dans la poitrine
- Souffle court
- Médicament pour le cœur
- Médicament contre la tension artérielle
- Médicament contre le cholestérol
- Jambes enflées

**Système respiratoire**

- Bronchites fréquentes
- Historique de pneumonie
- Toux chronique
- Cracher du flegme / sang
- Difficultés respiratoires
- Tuberculose
- Pneumonie
- Asthme

**Système digestif**

- Brullement d'estomac
- Crampes abdominales
- Constipation/diarrhée
- Allergies alimentaires:  
\_\_\_\_\_
- Intolérances alimentaires:  
\_\_\_\_\_
- Syndrome du côlon irritable
- Maladie de Crohn
- Ulcère
- Rots/gas
- Nausée et vomissement
- Problème de foie / bile
- Trouble de côlon
- Selles foncées / sang dans les selles

**Pour femmes seulement**

- Maux menstruels
- Crampes ou maux de dos
- Peri-ménopause
- Ap s ménopause
- Enceinte: O / N
- Flue excessif / irrégulier
- Fausses couches: \_\_\_\_\_
- Dernière menstruation:  
\_\_\_\_\_

**Système locomoteur**

- Articulations douloureuses
- Muscles douloureux
- Tendinites (location) \_\_\_\_\_
- Bursites (location) \_\_\_\_\_
- Arthrites (location) \_\_\_\_\_
- Maux de tête/migraine
- Maux de cou
- Tension dans les épaules, G D
- Engourdissements: bras / mains G D
- Engourdissements: jambes / pieds G D
- Mal de dos (milieu) / raideur
- Mal de dos (bas) / raideur
- Scoliose/courbature de la colonne
- Mauvaise posture
- Douleur au coccyx
- Problèmes de pieds

**Symptômes généraux**

- Fièvre / frisson / sueurs
- Rhumes fréquents
-  vanouissements/vertiges
- Convulsions
- Problèmes de peau
- Tremblements
- Perte de l'équilibre
- Perte/gain de poids inexplicable
- Anémie
- Alcoholism
- VIH / SIDA
- Perte de sommeil
- Déficit de mémoire/concentration
- Difficultés d'apprentissage
- Irritation / Nervosité / Tension
- Dépression / Problèmes  motionnels
- Anxiété
- Baisse d'énergie / fatigue
- Fatigue / léthargie
- Maladies auto-immunes
- Prise d'antibiotiques
- Cancer: \_\_\_\_\_
- Autres: \_\_\_\_\_



**ACCIDENTS DE VÉHICULES MOTORISÉ**

Année: \_\_\_\_\_ Description: \_\_\_\_\_

Blessures: \_\_\_\_\_

Année: \_\_\_\_\_ Description: \_\_\_\_\_

Blessures: \_\_\_\_\_

**CHUTES (PEU IMPORTE L'ÂGE)**

Chutes en hauteur: \_\_\_\_\_

Chutes dans un escalier: \_\_\_\_\_

Autres chutes: \_\_\_\_\_

Os brisés: \_\_\_\_\_

Chutes (enfance): \_\_\_\_\_

Autres blessures: \_\_\_\_\_

**POSITION ET HABITUDES:**

- Assis(e) 6 heures par jour
- Dormir sur l'estomac
- Tête baissée
- Ordinateur/Téléphone 3 heures par jour
- Activités répétitives
- Service de livraison
- Arts, etc...
- Penché(e) ou assis(e) sur une hanche
- Jambes croisées (fréquemment)
- \_\_\_\_\_

**SPORTS ET ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES:**

Blessure dans le sports et les activités récréatives: \_\_\_\_\_

Participation à des activités d'impactes:

- Hockey       Lutte       Ballon-Panier
- Course       Vélo de Montagne       Escalade
- Football       Gymnastique       \_\_\_\_\_

**STRESS AU TRAVAIL**

Travail: \_\_\_\_\_

Mon travail requiert:

- Transport d'objets lourds       Stresse répétitif
- Positions embarrassantes
- Assi(es) pour de longues périodes

Travail préalable pouvant occasionner des malaises: \_\_\_\_\_

Blessures au travail: \_\_\_\_\_

**TRAUMATISME DE NAISSANCE**

**Votre accouchement était-il:**

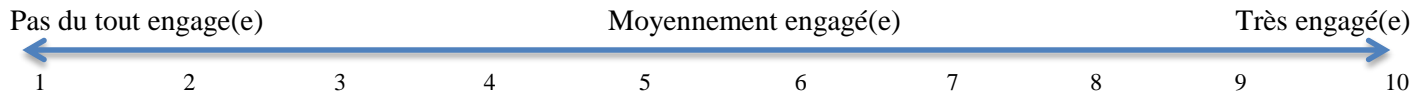
- Difficile/long       Forceps       Section C
- Ressuscitation       Ventouse       Épidural

**Avez-vous déjà donné naissance? Était-ce:**

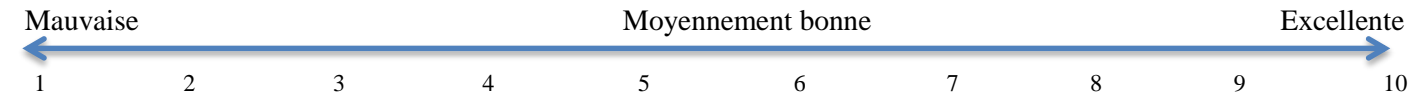
- Difficile/long       Forceps       Section C
- Ressuscitation       Ventouse       Épidural

**Combien de naissances avez-vous données:** \_\_\_\_\_

**Engagement à l'égard de votre santé:**



**Santé générale:**





**EXERCISE**

Comment souvent participez-vous à de l'exercice aérobie? (minimum 30 minutes par jour)

- 0 jour/sem  1-2 jour/sem
- 3-4 jour/sem  5-7 jour/sem

Faites-vous des poids et haltères?

- Crossfit  Gym  Autre: \_\_\_\_\_

Comment souvent faites-vous des étirements?

- 0 jour/sem  1-2 jour/sem
- 3-4 jour/sem  5-7 jour/sem

**STRESS ÉMOTIONNEL**

Avez-vous des stress significatifs présentement ?

- Mariage \_\_\_\_\_
- Enfants \_\_\_\_\_
- Finances \_\_\_\_\_
- Travail \_\_\_\_\_
- Soins de parents âgé \_\_\_\_\_
- Événements majeurs récents (naissance, décès)

**PROFIL FAMILIALE DE SANTÉ**

Quels problèmes familiaux importants les membres de votre famille ont-ils eus?

Parents: \_\_\_\_\_

Frères/Soeurs: \_\_\_\_\_

**EQUIPMENT**

Matelas Âge: \_\_\_\_  Comfortable  Inconfortable

Matelas:  Ressorts  Mousse  Caoutchouc

Oreiller:  Ergonomique pour le cou  Plumes

Mousse  Autre: \_\_\_\_\_

Portez-vous?:  Orthèses mesure

Autre supports de pieds \_\_\_\_\_

Des supports pour relever les pieds  
(hauteur: \_\_\_\_\_)

Des supports pour relever les talons  
(hauteur: \_\_\_\_\_)

**STRESS CHIMIQUES**

Faites-vous des choix alimentaires santé?

- Oui  Non  Ne sait pas

Comment vous décririez votre nutrition?: \_\_\_\_\_

Êtes-vous à votre poids idéal?

- Oui  Non  Ne sait pas

Prenez-vous des suppléments?  Oui  Non

Quels:  Oméga 3  Vitamine B  Probiotiques

Vitamine D  Multivitamine  Fer

Autres: \_\_\_\_\_

Cocher les boîtes qui s'appliquent à vous:

- Fumer  Drogues récréationels
- Historique d'addiction (veuillez fournir les détails) \_\_\_\_\_

Buvez-vous de l'alcool?  Oui  Non

Fréquence?

- 1-3 jour/sem  Chaque jour  Plus de 1x/jour

**CONDITION ACTUELLES DE SANTÉ**

Veuillez énumérer les diagnostics actuels:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MÉDICAMENTS**

Nom et pour quelle(s) circonstance(s)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIRURGIES**

Pour quelle(s) circonstance(s)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autre détails qui nous aiderait à mieux comprendre votre santé :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_