

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : (J/M/A) ____ / ____ / ____

Statut civil : Marié Conjoint de fait Célibataire Divorcé Veuf Autre Sexe : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Tél. résidence : _____ Tél. cellulaire : _____

Tél. bureau : _____ Courriel : _____

De quelle façon est-ce préférable de vous rejoindre? Tél. résidence Cellulaire Tél. bureau Courriel

Autorisez-vous la clinique à communiquer avec vous par courriel? Oui Non

Autorisez-vous la clinique à laisser un message au numéro spécifié pour confirmer un rendez-vous? Oui Non

Occupation : _____ Présentement en arrêt de travail? Oui Non

Avez-vous des enfants? Oui Non Combien? _____

Référé par : Autre professionnel Nom : _____ Clinique : _____

Conjoint Ami Parent Collègue de travail Nom : _____

Publicité Site web Pages jaunes Facebook Google Autre : _____

Nom de votre médecin de famille : _____

Dernier rendez-vous : _____ Date du dernier examen médical : _____

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien? Oui Non

Qui? _____ Quand? _____

Consultez-vous pour un problème relié à un accident de travail (CSST)? Oui Non

Consultez-vous pour un problème relié à un accident de voiture (SAAQ)? Oui Non

Nom de l'agent : _____ Numéro de dossier : _____

Avez-vous des soins payés par le programme des Anciens combattants ou de l'IVAC? Oui Non

Acceptez-vous que nous répondions aux demandes de votre assureur, d'Anciens Combattants Canada, de l'IVAC, de la CSST ou de la SAAQ à propos des dates de vos traitements et des montants payés lors de ces traitements? Oui Non

Personne à rejoindre en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Lien avec vous : _____

J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer les examens qu'il jugera nécessaires à l'ouverture de mon dossier. Il est possible que certains patients ressentent des courbatures ou une légère aggravation des symptômes suite à l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée, mais il est important de les mentionner au chiropraticien à votre prochaine visite.

Signature du patient ou de la personne responsable : _____

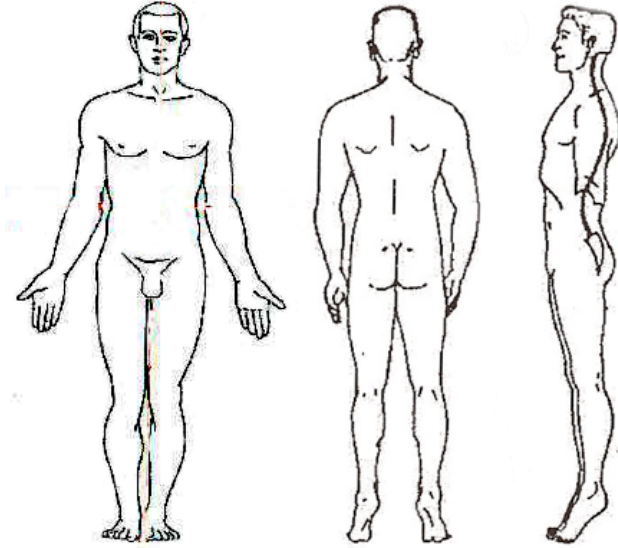
Date : _____

Condition Initiale

Encerclez les régions problématiques

Type de douleur:

- ___ Raideur
- ___ Coup de couteau
- ___ Point
- ___ Engourdissement
- ___ Brûlement
- ___ Élançement
- ___ Autres: _____



Endroits Problématiques

Depuis quand?

Comment?

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1- _____ | 1- _____ | 1- _____ |
| 2- _____ | 2- _____ | 2- _____ |
| 3- _____ | 3- _____ | 3- _____ |

Niveau d'intensité(1-10)

Début:___

Maintenant:___

Variation durant la journée (ex. pire le matin)? _____

Qu'est-ce qui aggrave la douleur: _____

Qu'est-ce qui diminue la douleur: _____

Autres symptômes associés à ce problème? _____

Autres traitements dans le passé?

Oui___, Non___ Par qui? _____

Qu'est-ce qui vous incommode le plus, dans la vie courante, depuis que ce problème est apparu?

Médicaments:

1- _____
 2- _____
 3- _____
 4- _____

Pourquoi:

Accidents/Blessures antérieur(e)s:

Blessure: _____ Résultat: _____ Date: _____
 Blessure: _____ Résultat: _____ Date: _____
 Blessure: _____ Résultat: _____ Date: _____

Chirurgies antérieures:

Chirurgie: _____ Résultat: _____ Date: _____
 Chirurgie: _____ Résultat: _____ Date: _____
 Chirurgie: _____ Résultat: _____ Date: _____

Maladies dont vous êtes ou avez été atteint(e):

Maladie: _____ Résultat: _____ Date: _____
 Maladie: _____ Résultat: _____ Date: _____
 Maladie: _____ Résultat: _____ Date: _____

Autres hospitalisations:**À quand remonte votre dernier examen:****Habitudes de vie:**

	-6 mois	6 mois -1 an	+1 an	Jamais		Jour	Sem.
Chiropratique					Café (Tasses)		
Radiologique					Tabac (cigarettes)		
Physique					Alcool (verres)		
Sanguin					Sommeil (heures)		X
Urinaire					Exercice (heures)		

Selon vous, votre niveau de santé actuel est:

___ Excellent ___ Très bon ___ Bon ___ Moyen ___ Mauvais ___ Très mauvais

Santé générale

Vide: Jamais

O: Occasionnel

F: Fréquent

C: Constant

SYSTEME NERVEUX	OFC	MUSCLES AND JOINTS	OFC	GASTRO-INTESTINAL	OFC
Allergies		Arthrite		Gonflement	
Étourdissements		Bursite		Colite	
Évanouissements		Hernie discale		Constipation	
Fatigue		Douleur:		Diarrhée	
Maux de tête		Cou		Digestion difficile	
Migraines		haut du dos		Faim excessive	
Perte de poids		Milieu du dos		Reflux/brulements	
Trouble du sommeil		Bas du dos		Nausée	
Anxiété/Stress		Région sciatique		Vomissement	
Dépression		Épaule, bras, coude, poignet, main		Douleur à l'estomac	
YEUX, OREILLES ET NEZ	OFC	Hanche, cuisse, genou, cheville, pied		Peu d'appétit	
Asthme		CARDIO-VASCULAIRE	OFC	GENITO-URINAIRE	OFC
Rhume et grippe		Haute/basse pression		Uriner au lit	
Douleur aux yeux		Douleur poitrine		Sang dans l'urine	
Acouphène		Mauvaise circulation		Infection rénale	
Vue affaiblie		RESPIRATOIRE	OFC	Douleur en urinant	
Saignement nasal		Toux chronique		Douleur à la prostate	
Sinusite		Respiration difficile		PEAU	OFC
Mal de gorge		Râlements		Peau sèche	
				Démangeaisons	
				Varices	

Histoire familiale

<input type="checkbox"/> Arthrite	Lien de parenté: _____
<input type="checkbox"/> Asthme	Lien de parenté: _____
<input type="checkbox"/> Cancer, lequel: _____	Lien de parenté: _____
<input type="checkbox"/> Diabète	Lien de parenté: _____
<input type="checkbox"/> Pression élevée	Lien de parenté: _____
<input type="checkbox"/> Problème cardiaque	Lien de parenté: _____
<input type="checkbox"/> ACV (anévrisme ou autre)	Lien de parenté: _____
<input type="checkbox"/> Problème pulmonaire	Lien de parenté: _____
<input type="checkbox"/> Problème rénal	Lien de parenté: _____
<input type="checkbox"/> Problème gastro-intestinal	Lien de parenté: _____
<input type="checkbox"/> Problème du système nerveux	Lien de parenté: _____
<input type="checkbox"/> Problème de dos	Lien de parenté: _____
<input type="checkbox"/> Scoliose	Lien de parenté: _____
<input type="checkbox"/> Autre: _____	Lien de parenté: _____

Section pour femmes

Votre cycle menstruel est:

Normal Irrégulier Absent

Pendant vos menstruations:

Crampes Douleur lombaire Faiblesse Migraines Autre

Combien avez-vous eu de: Grossesse _____

 Naissance _____

 Césarienne _____

Utilisez-vous un contraceptif oral: Oui Non

Prenez-vous des hormones: Oui Non

Êtes-vous enceinte: Oui Non

Il est important pour vous de considérer les bienfaits, risques et alternatives aux choix de traitement proposés par votre chiropraticien(ne), de connaître la procédure des traitements proposés et que vous soyez bien informé avant de débiter le traitement, conformément à l'article 43 du Code de déontologie des chiropraticiens.

Le traitement chiropratique peut comprendre l'ajustement, la manipulation et la mobilisation de la colonne vertébrale et des autres articulations du corps, des techniques de relâchement des tissus mous (muscles et autres tissus de soutien) et d'autres modalités de traitement telles que l'électrothérapie ou la thérapie au laser et la prescription d'exercices.

Bienfaits

Le traitement chiropratique a été démontré efficace pour différentes problématiques affectant le cou, le dos et autres régions du corps qui sont causés par une dysfonction des nerfs, des muscles, des articulations et des autres tissus connexes. Le traitement prodigué par votre chiropraticien(ne) peut soulager la douleur, y compris les maux de tête, les engourdissements ou autres sensations anormales, la raideur musculaire et les spasmes. Le traitement chiropratique peut aussi augmenter la mobilité, améliorer le fonctionnement des articulations, des muscles et du système nerveux ainsi que réduire ou éliminer le besoin de médicaments ou de chirurgie.

Risques

Les risques associés au traitement chiropratique varient selon la condition de chaque patient, la partie du corps traitée et le type de traitement prodigué.

Les risques incluent:

- **Aggravation temporaire des symptômes** – En général, toute augmentation de symptômes préexistants, de douleur ou de raideur ne durera que de quelques heures à quelques jours.
- **Irritation cutanée ou brûlure** – Les irritations cutanées ou les brûlures peuvent résulter de l'utilisation de certains appareils d'électrothérapie ou de laser. Une irritation cutanée devrait disparaître rapidement. Une brûlure peut laisser une cicatrice permanente.
- **Élongation musculaire ou ligamentaire** – Normalement, une élongation musculaire ou ligamentaire guérira en quelques jours ou quelques semaines avec un peu de repos, une protection de la partie affectée et d'autres soins mineurs.
- **Fracture d'une côte** – Une côte fracturée est douloureuse et peut limiter vos activités pendant un certain temps. Ce problème guérit généralement de lui-même en quelques semaines, sans nécessiter de traitement ou d'intervention chirurgicale.
- **Blessure ou aggravation d'un problème discal** – Au fil du temps, les disques de la colonne vertébrale peuvent subir une dégénérescence ou être endommagés. La dégénérescence est causée par le vieillissement, tandis que les dommages peuvent résulter de gestes quotidiens courants, tels que se pencher ou soulever un objet. Les patients ayant déjà un disque endommagé ou affecté par la dégénérescence n'ont pas forcément de symptômes. Ils peuvent même ne pas savoir qu'ils ont un problème discal. Ils peuvent aussi ne pas savoir que leur état s'aggrave parce que leurs problèmes au dos ou au cou ne sont pas très fréquents.

Le traitement chiropratique ne devrait pas causer de dommages à un disque qui n'est pas endommagé ou affecté par la dégénérescence. Le traitement pourrait toutefois aggraver un problème préexistant, au même titre que toute autre activité de la vie quotidienne. Les conséquences d'une blessure à un disque ou de l'aggravation d'un problème préexistant varieront pour chaque patient. Dans les cas les plus graves, les symptômes du patient peuvent inclure la perte de mobilité du dos ou du cou, des engourdissements dans les jambes ou les bras, des troubles des fonctions intestinales ou urinaires ou des troubles de la mobilité des jambes ou des bras. Une intervention chirurgicale pourrait être nécessaire.

- **Accident vasculaire cérébral (AVC)** – Bien que les données médicales et scientifiques actuelles ne permettent pas d'établir que le traitement chiropratique puisse causer des dommages à une artère ou un AVC, dans de rares cas, un traitement chiropratique a été associé à un AVC. Toutefois, ces cas peuvent s'expliquer par la présence d'une artère déjà endommagée ou le fait que le patient progressait vers un AVC au moment où il a consulté un chiropraticien.

Plusieurs activités de la vie quotidienne impliquant des mouvements banals du cou ont aussi été associées à des AVC. Ceux-ci résultent d'une artère endommagée dans le cou ou d'un caillot déjà présent dans l'artère, qui se détache et qui monte vers le cerveau.

Le sang arrive au cerveau par deux groupes d'artères qui passent par le cou. Le vieillissement, la maladie ou une blessure peuvent affaiblir ou endommager ces artères. Un caillot sanguin peut se former dans une artère endommagée. Le caillot, en entier ou en partie, peut se détacher de la paroi de l'artère et monter vers le cerveau, où il peut interrompre le flux sanguin et provoquer un AVC.

Les conséquences d'un AVC peuvent être très graves, y compris des troubles importants de la vue, du langage, de l'équilibre et des fonctions cérébrales, ainsi que la paralysie ou la mort.

Choix alternatifs

Les choix alternatifs au traitement chiropratique peuvent inclure la consultation d'autres professionnels de la santé. Votre chiropraticien(ne) peut aussi recommander une période de repos sans traitement ou des exercices avec ou sans traitement.

Questions ou inquiétudes

Nous vous encourageons à poser des questions, en tout temps, sur votre évaluation et votre traitement. N'hésitez pas à mentionner à votre chiropraticien(ne) toute inquiétude que vous pourriez avoir. Si vous ne vous sentez pas à l'aise, vous pouvez interrompre le traitement en tout temps.

**Votre santé vous concerne, soyez-en responsable.
Aviser sans délai votre chiropraticien(ne) de tout changement de votre état de santé.**

NE SIGNEZ PAS CE FORMULAIRE AVANT D'AVOIR RENCONTRÉ VOTRE CHIROPATICIEN(NE)

Je reconnais avoir discuté de mon état de santé et avoir été informé(e) de la nature du problème à traiter par mon (ma) chiropraticien(ne), de la procédure des traitements qu'il (elle) me propose ainsi que de ses bienfaits potentiels et de ses risques.

Je déclare avoir été informé d'alternatives aux traitements proposés.

Je déclare avoir reçu les informations et explications nécessaires pour donner un consentement libre et éclairé aux traitements proposés par mon (ma) chiropraticien(ne).

Je déclare avoir été informé(e) que je peux en tout temps révoquer mon consentement et que tout changement significatif dans le plan de traitement qui m'est proposé sera soumis à un consentement distinct de ma part.

Nom complet du patient en lettres moulées

Signature du patient (ou du tuteur)

Date de naissance du patient

20

Nom complet du (de la) chiropraticien(ne) en lettres moulées

Signature du (de la) chiropraticien(ne)

Date

Le consentement éclairé aux soins doit être adapté au patient et à l'évolution de son état de santé. Ce tableau vise à documenter cette évolution et à assurer que le patient soit bien informé des risques et bénéfices en lien avec les soins reçus et son état de santé. Les chiropraticiens sont invités à noter les nouveaux motifs de consultation et les régions concernées qui seront traitées ou dont les soins seront modifiés, et à s'assurer de bien recevoir le consentement du patient à la suite de cette mise à jour et après avoir reçu les explications quant aux modifications proposées.

RAPPEL DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Date	Région concernée ou modification aux soins	Signature - Patient	Signature - Chiropraticien(ne)