

FORMULAIRE AU NOUVEAU PATIENT

RENSEIGNEMENTS

Nom du patient _____ Prénom _____ Sexe : M F

Adresse _____ Ville _____

Code postal _____ Tél. résidence (____) _____ Tél. travail (____) _____

Date de naissance ____ / ____ / ____ Âge ____ ans Occupation _____
année / mois / jour

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Conjoint de fait Courriel _____

Nom du conjoint _____ Qui vous a recommandé? _____
Nom

Où par quelle publicité? Pages Jaunes Internet Page Web Enseigne Autre : _____

Soins chiropratiques antérieurs : Oui Non

Date de la dernière visite ____ / ____ / ____

Nom du chiropraticien : Dr(e) _____

Prise de radiographies : Oui Non

Avez-vous des enfants? Oui Non

Âge ____ an(s) Prénom _____

Âge ____ ans Prénom _____

Âge ____ ans Prénom _____

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1. Énumérez par ordre d'importance les motifs de consultations.

A. _____ Depuis quand ? _____ 1^{er} épisode Oui Non

B. _____ Depuis quand ? _____ 1^{er} épisode Oui Non

C. _____ Depuis quand ? _____ 1^{er} épisode Oui Non

2. Comment est survenu votre problème principal (A.)? Graduellement Subitement Ne sais pas Trauma (accident)

3. Votre problème principal est présent...? 25% du temps 50% du temps 75% du temps 100% du temps

4. Comment évolue votre problème?

S'améliore S'aggrave Ne change pas

5. Votre problème est plus intense ...?

Au lever Le jour Le soir La nuit

6. Votre problème vous empêche-t-il de ...?

Travailler Dormir Mener votre routine

7. Avez-vous déjà consulté pour ce problème ? Non

Chiropraticien Médecin Autre : _____

8. VOS ATTENTES ?

Correction durable et maintien d'une santé optimale
 Soulagement

9. Habituellement, vous dormez sur ...

Le dos Le côté Le ventre

10. Portez-vous ?

Une talonnette Des orthèses plantaires

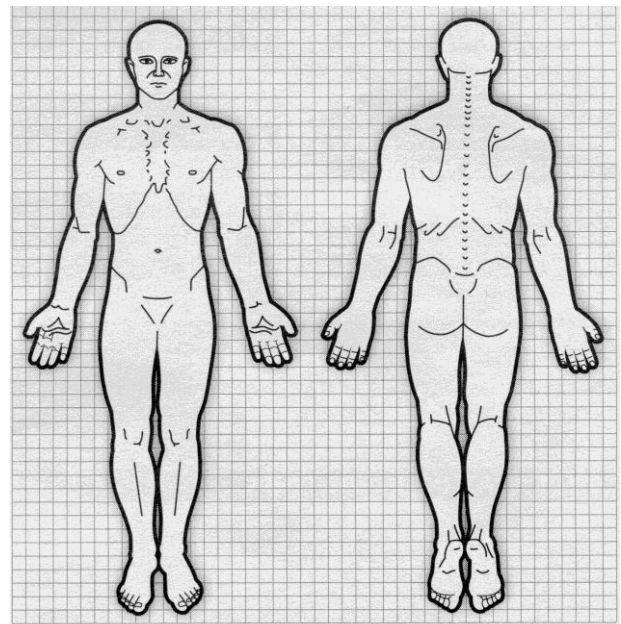
11. Avez-vous déjà subi une opération ?

Non Oui laquelle : _____

12. Encercler le chiffre correspondant à la sévérité de votre condition principale (0 = pas de douleur, 10 = douleur extrême)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Indiquez sur ce schéma les motifs de votre consultation en encerclant les régions touchées.



Verso →

HISTOIRE DE SANTÉ

AVEZ-VOUS DÉJÀ EU (○) OU AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT (□) DES PROBLÈMES DE : (veuillez cocher le symbole approprié)

Général

- Allergie
- Cancer
- Diabète
- Hypoglycémie
- Fatigue
- Fracture
- Hépatite
- Insomnie
- Irritabilité
- Maux de tête / migraine
- Sida/VIH

Musculosquelettique

- Arthrite / arthrose
- Difficulté à marcher
- Douleur au cou
- Point entre les omoplates
- Douleur au bas du dos
- Douleur aux bras / mains
- Douleur aux jambes / pieds
- Raideurs aux articulations
- Ostéoporose

Respiratoire

- Asthme
- Bronchite
- Troubles respiratoires

Gastro-intestinal

- Ballonnements / gaz
- Crampes abdominales
- Diarrhée
- Constipation
- Brûlures d'estomac
- Nausées / vomissement
- Hémorroïdes
- Problèmes de digestion
- Perte ou gain de poids
- Sang dans les selles

Neurologique

- Anxiété / Dépression
- Convulsions
- Engourdissements
- Etourdissements / vertiges
- Evanouissements
- Epilepsie
- Faiblesse musculaire
- Tremblements

Femme

- Absence de menstruation
- Menstruations douloureuses
- Symptômes de ménopause

Etes-vous enceinte Oui Non

Date de vos dernières règles : _____

Cardiovasculaire

- ACV / AVC
- Anévrisme / Embolie
- Basse pression
- Hypertension artérielle
- Problèmes cardiaques
- Ecchymoses / bleus
- Oedème (enflure)
- Troubles circulatoires

Génito-urinaire

- Infection urinaire
- Sang dans l'urine
- Trouble de la prostate
- Troubles rénaux
- Trouble d'ordre sexuel
- Uriner fréquemment
- Problèmes érectils

ORL

- Otite
- Difficulté à avaler
- Maux de gorge
- Saignements de nez
- Sinusites
- Troubles de l'audition
- Troubles de la vue

Autres : _____

QUEL(S) MÉDICAMENT(S) UTILISEZ-VOUS ?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Pour la pression artérielle | <input type="checkbox"/> Cholestérol élevé | <input type="checkbox"/> Médicaments sans prescription |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire | <input type="checkbox"/> Contraceptifs oraux | <input type="checkbox"/> Arthrose / Arthrite | <input type="checkbox"/> Suppléments : _____ |
| <input type="checkbox"/> Antidouleur | <input type="checkbox"/> Pour le diabète | <input type="checkbox"/> Anticoagulants | <input type="checkbox"/> Relaxants musculaires |
| <input type="checkbox"/> Hormones | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Trouble cardiaque | <input type="checkbox"/> Pour glande thyroïde |

ANTÉCÉDANTS FAMILIAUX

Est-ce qu'un membre de votre famille est ou a été atteint de : Troubles cardiaques Cancer Diabète Arthrite
 ACV/ AVC Hypertension Autres : _____

DÉCLARATION POUR TOUS

Je déclare que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont complètes et exactes, et je consens à subir les examens nécessaires.

Signature _____ Date _____

Politiques de la clinique

Nous voulons nous assurer que votre visite à notre clinique soit une expérience unique et des plus agréables. Voici donc quelques petites règles à suivre.

1- Ambiance et propreté des lieux

Par respect pour les autres patients, nous vous demandons de bien vouloir éteindre votre cellulaire. Si un appel urgent est attendu, nous vous demandons de bien vouloir sortir de la clinique pour le compléter.

Dès votre arrivée, identifiez-vous afin d'éviter les attentes inutiles. Afin de garder les lieux propres, nous vous demandons de retirer vos chaussures ou sandales à votre arrivée. Des pantoufles, des « crocs » ainsi que des bas propres à usage unique sont disponibles pour vous dans les casiers à l'entrée.

Lorsque viendra le temps de votre ajustement, une assistante vous indiquera une salle, laissez votre dossier dans le support numéroté près de la porte. Nous vous demandons de vous allonger sur le ventre ou sur le dos pour relaxer afin de rendre votre ajustement plus efficace.

2- Annulation, retard, oubli ou maladie

Le respect de la fréquence de vos soins est un critère important pour obtenir des résultats optimaux. Toutefois, lorsqu'il vous est impossible de vous présenter à votre rendez-vous, avisez nous le plus rapidement possible. De cette façon, nous pourrons offrir cette disponibilité à quelqu'un dans le besoin et peut-être même vous offrir une disponibilité à un autre moment de la journée. En cas de maladie, avisez-nous par téléphone et votre chiropraticien vous verra dès votre arrivée afin de réduire les risques de contamination.

Nous nous réservons le droit de facturer des frais de 30\$ pour les visites manquées sans préavis.

3- Paiements et formulaires d'assurance

Les honoraires sont payables à chaque visite ou selon le forfait choisi. Vos formulaires d'assurance vous seront remis à votre demande.

4- Rappel des rendez-vous

Afin de vous appuyer dans votre démarche de santé, nous vous offrons sans frais un service de rappel. Plusieurs possibilités s'offre à vous :

- Appel téléphonique 2 jours avant votre prochain rendez-vous
- Rappel par courriel le jour et l'heure de votre choix

Je désire recevoir mon rappel de rendez-vous:

- Par courriel
- Par téléphone
- Je ne désire pas recevoir de confirmation et je suis conscient(e) que des frais pourront m'être chargés en cas d'oubli

Un horaire prédéterminé de vos prochains rendez-vous sera disponible à votre demande.

5- Enfants

Les enfants sont les bienvenues dans notre clinique. Nous croyons que des ajustements réguliers sont très importants à partir de leur naissance et tout au long de leur croissance. Toutefois, nous demandons aux parents de surveiller leurs enfants en tout temps. Afin de maintenir une ambiance de détente, nous demandons aux enfants de ne pas courir dans le corridor.

6- Communications

- Je désire recevoir mes exercices, des informations de la clinique, et l'info-lettre à l'adresse courriel suivante: _____

Signature: _____ Date : _____

Merci de votre confiance à notre égard et bonne santé!

L'Équipe de la Clinique chiropratique Duplessis

CONSENTEMENT À UN TRAITEMENT CHIROPRACTIQUE

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. Avisez sans délai votre chiropraticien(ne) de tout changement de votre état de santé.

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

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

Signature du (de la) chiropraticien(ne)

Date
