

RENSEIGNEMENTS

▲ Nom de famille \_\_\_\_\_ ▲ Prénom \_\_\_\_\_

▲ Occupation \_\_\_\_\_ ▲ Médecin traitant \_\_\_\_\_

▲ Date de naissance (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_ ▲ Adresse \_\_\_\_\_

▲ Ville \_\_\_\_\_ ▲ Code postal \_\_\_\_\_

▲ Téléphone (résidence) \_\_\_\_\_ ▲ Téléphone (mobile) \_\_\_\_\_ ▲ Courriel \_\_\_\_\_

Sexe  Féminin  Masculin

▲ Âge \_\_\_\_\_ ▲ Taille \_\_\_\_\_ ▲ Poids \_\_\_\_\_

État civil  Célibataire  Conjoint(e)\*

▲ \*Prénom et nom \_\_\_\_\_

Qui vous a référé chez nous?

Ami(e)\*  Google  Facebook  Cliniquespinecor.ca  Vitrine

Famille\*  Autre\*  Orthochiro.ca  Autre site web\*  Autre professionnel

▲ \*Précisez \_\_\_\_\_

Avez-vous des enfants?  Non  Oui

Âge \_\_\_\_\_

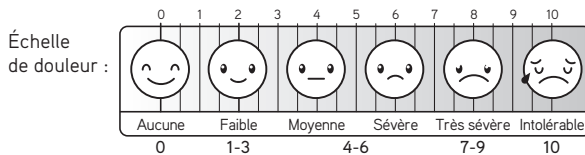
Quelle est votre position de travail?

Debout  Assise  En mouvement

Habituellement, vous dormez sur...

Le dos  Le côté  Le ventre

MOTIFS DE LA CONSULTATION



NE RIEN ÉCRIRE DANS  
LES ZONES OMBRAGÉES

Énumérez par ordre d'importance les motifs de votre consultation.

1. \_\_\_\_\_

Douleur ▼

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 T L \_\_\_\_\_ D L \_\_\_\_\_ F L \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Douleur ▼

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 T L \_\_\_\_\_ D L \_\_\_\_\_ F L \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

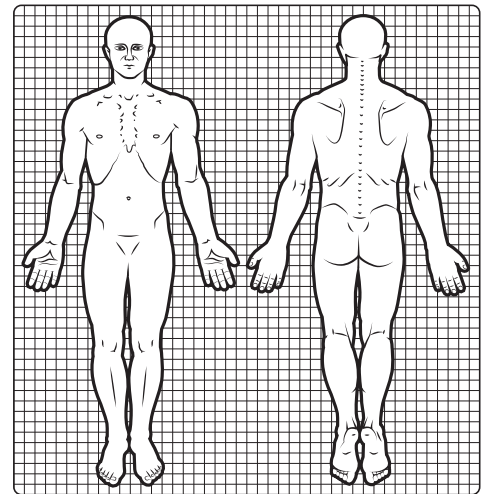
Douleur ▼

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 T L \_\_\_\_\_ D L \_\_\_\_\_ F L \_\_\_\_\_

Est-ce que la douleur s'étend?  Non  Oui, jusqu'à L \_\_\_\_\_

Avez-vous des maux de tête?  N  Oui, douleur ▶ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Encercler les zones douloureuses.



Quels résultats attendez-vous des soins prodigués ?

- Soulagement temporaire
- Correction durable
- Prise en charge complète de votre santé

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Dressez un historique des traumatismes / accidents.

1. \_\_\_\_\_ Date L \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Date L \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Date L \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Date L \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ Date L \_\_\_\_\_

Historique des interventions chirurgicales et hospitalisations.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Quels professionnels de la santé avez-vous consultés pour ces conditions?

1. \_\_\_\_\_
2. L \_\_\_\_\_

Indiquez votre niveau de stress.

(0: aucun stress; 10: stress extrême)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Source principale de stress.

\_\_\_\_\_

Faites-vous de l'activité physique/sport?

\_\_\_\_\_

▲ Lesquels?

Consommation de cigarettes.

Non  Oui ► \_\_\_\_\_ /semaine

Consommation d'alcool.

Non  Oui ► \_\_\_\_\_ /semaine

## ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

 Inscrivez: P = Père M = Mère F = Frère S = Sœur

Est-ce qu'un membre de votre famille est atteint de :

Diabète \_\_\_ Cholestérol élevé \_\_\_ Trouble cardiaque \_\_\_ Hypercyphose \_\_\_ Scoliose \_\_\_

Cancer \_\_\_ Arthrose / arthrite \_\_\_ Maladie héréditaire \_\_\_ Ostéoporose \_\_\_ Autre ► \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Veuillez cocher, parmi les signaux corporels suivants, ceux qui affectent ou qui ont affecté votre santé.

NE RIEN ÉCRIRE DANS  
LES ZONES OMBRAGÉES

### MALADIES GRAVES

- Cancer
- Hypertension
- AVC
- Diabète

### IMMUNITAIRE

- Otite / ORL
- Sinusite
- Infections récurrentes
- Allergies\*

▲ \*Précisez

### MUSCULOSQUELETTIQUE

- Douleur au dos
- Douleur entre les omoplates
- Douleur au cou
- Douleur aux bras / mains
- Douleur aux jambes / pieds
- Raideur aux articulations
- Difficulté à marcher
- Scoliose
- Hypercyphose
- Arthrite / arthrose
- Ostéoporose

### GASTRO-INTESTINAL

- Problèmes digestifs
- Intolérance alimentaire
- Côlon irritable
- Diarrhée
- Ballonnements
- Brûlures d'estomac
- Perte ou gain de poids excessif
- Constipation

### GÉNITO-URINAIRE

- Infection urinaire
- Uriner fréquemment / excessivement
- Trouble de la prostate
- Pertes urinaires
- Incontinence
- Douleurs menstruelles
- Douleur / masse au sein
- Ménopause
- Enceinte ▼

▲ Date de vos dernières règles

### GÉNÉRAL

- Insomnie
- Fatigue
- Trouble thyroïdien

### SYSTÈME NERVEUX

- Faiblesse musculaire
- Étourdissement / vertiges
- Évanouissements
- Épilepsie
- Engourdissements
- Perte de mémoire
- Anxiété / dépression

### PEAU

- Eczéma
- Psoriasis
- Rosacée

### RESPIRATOIRE

- Asthme
- Bronchite
- Souffle court

### CARDIOVASCULAIRE

- Douleur à la poitrine
- Problèmes cardiaques
- Oedème (enflure)
- Extrémités froides
- Varices
- Cholestérol

Prenez-vous des médicaments?  O  N

- Anti-inflammatoire
- Relaxant musculaire
- Glande thyroïde
- Analgésique
- Diabète
- Autre \_\_\_\_\_
- Haute pression
- Cholestérol
- Anovulant
- Antidépresseur
- Anxiolytique

Prenez-vous des suppléments alimentaires?  O  N

- Vitamines \_\_\_\_\_
- Oméga-3 \_\_\_\_\_
- Minéraux \_\_\_\_\_
- Protéines \_\_\_\_\_
- Homéopathie \_\_\_\_\_
- Naturopathie \_\_\_\_\_
- Autre \_\_\_\_\_

À quand votre prochain suivi médical?

\_\_\_\_\_

## 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. Je consens à ce que mes données cliniques et radiologiques anonymes soient utilisées à des fins de recherche scientifique ou d'enseignement.

▲ Signature

▲ Date