



Bienvenue à notre clinique,

Merci d'avoir choisi notre clinique. Ci-joint, vous trouverez un questionnaire pour nous permettre de mieux évaluer votre état général de santé et de bien-être. Veuillez s.v.p. compléter le profil et l'apporter avec vous lors de votre première visite.

BEAUCHAMP CHIROPRACTIC: A CREATING WELLNESS CENTER est unique dans notre communauté. Notre centre favorise une prise de conscience autant physique que mentale pour une santé optimale pour vous et votre famille. Nous avons comme objectif l'amélioration de la santé en général et le bien être de nos patients. Notre but consiste également à prévenir les problèmes de santé afin que nos patients puissent jouir d'une excellente qualité de vie.

Nous faisons plus que mettre l'accent sur les douleurs reliées au dos, au cou et à tout autre symptôme. Nous travaillons avec vous à maximiser votre potentiel de santé et à vous faire profiter d'une expérience unique envers votre bien-être global.

Au plaisir de vous rencontrer bientôt.

Dr. Nathalie Beauchamp, B.Sc., D.C.



Renseignements personnels

Votre profil de santé

NOM : _____ No. PATIENT : _____ AGE : _____ DATE : _____

ADRESSE : _____

VILLE / PROVINCE / CODE POSTAL _____

No. TÉL. RÉSIDENCE : _____ BUREAU : _____ CELLULAIRE : _____

ADRESSE COURRIEL : _____ HOMME _____ FEMME _____

DATE DE NAISSANCE : _____ MEILLEUR TEMPS & No. POUR VOUS REJOINDRE _____

OCCUPATION : _____ NOM DE L'EMPLOYEUR & ADRESSE : _____

SEUL(E) : _____ MARIÉ(E) / OU CONJOINTS DE FAIT : _____ SÉPARÉ(E) OU DIVORCÉ(E) : _____ VEUF(VE) : _____

ENFANTS : _____ NOMS, AGES et SEXE : _____

QUI PEUT-ON REMERCIER POUR VOUS AVOIR RECOMMANDÉ NOTRE CABINET ? _____

AIMERIEZ-VOUS RECEVOIR NOTRE CHRONIQUE MENSUELLE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE PAR COURRIEL? NON _____ OUI _____

ADRESSE COURRIEL : _____

Profil de santé

Pourquoi ce formulaire est-il important ?

En tant que « Creating Wellness Centre », nous nous concentrons sur votre capacité de vivre un état de santé optimal. D'abord, nos buts sont de répondre aux besoins pour lesquels vous vous êtes présenté(e) à ce cabinet ainsi que de vous offrir l'opportunité d'améliorer votre santé, votre bien-être et votre qualité de vie dans l'avenir. Quotidiennement, nous devons surmonter des épreuves et des tensions physiques, biochimiques et psychologiques / émotionnelles qui peuvent s'accumuler et causer une perte importante du grand potentiel que pourrait être notre véritable état de santé. La plupart du temps, les effets sont graduels et ne peuvent même pas être ressentis jusqu'à ce qu'ils deviennent sérieux. Le simple fait de répondre aux questions suivantes nous donnera un profil de vos points de tensions passés et présents auxquels vous faites face et nous permettra de mieux évaluer les enjeux de votre potentiel de santé.

Abordons la raison pour votre visite à ce cabinet.

Si vous n'avez aucun symptôme ou plaintes et que vous n'êtes ici que pour notre service de chiropratique, allez à la page suivante sous la section « Historique de santé générale ». Autrement, veuillez décrire brièvement vos soucis principaux, l'effet que ceux-ci ont sur votre vie.

Soucis de santé : Énumérez vos soucis de santé d'après leur sévérité.	Taux de sévérité 1 = très léger 10 = pire imaginable	Quand est-ce que ceci a débuté ?	Avez-vous déjà souffert de cette condition auparavant, si oui quand ?	Est-ce que ce problème fait suite à une blessure ?	Vos symptômes sont-ils constants ou intermittents ?
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____

Si vous souffrez, est-ce une douleur aigue ? non spécifique ?

Est-ce que la douleur voyage ou irradie ailleurs ?

Non

Oui, décrivez-la nous _____

Depuis que le problème a commencé, est-ce ... sans changement en amélioration en détérioration

D'après vous qu'est-ce qui aggrave le problème ?

Qu'avez-vous fait qui a démontré une certaine amélioration au problème ?

Qu'avez-vous fait qui ne fut d'aucune aide pour ce problème ?

Il y a

Il n'y a pas

... un historique familial par rapport à ce ou autre symptôme similaire (le cas échéant, veuillez le décrire ci-dessous)

Ce problème interfère-t-il avec votre travail vos loisirs votre sommeil
 sports/exercice/marche attitude positive Passe-temps autre

Avez-vous eu à, ou senti le besoin de, faire des changements plus sains à votre style de vie ? C'est-à-dire, mieux manger, consommer moins d'alcool ou de drogues, méditer, pratiquer des sports ou des activités moins destructifs(ves) ? Le cas échéant, lesquels ?

Avez-vous consulté un autre professionnel de la santé pour ce problème ?

chiropratique médecin conventionnel Autre

1. Nom / adresse : _____

Date : _____ Quel fut le diagnostic : _____

Que fut fait : _____

2. Nom / adresse : _____

Date : _____ Quel fut le diagnostic : _____

Que fut fait : _____

Historique de santé générale

Veillez cocher (v) tous les symptômes que vous avez eus, même s'ils ne semblent pas reliés à votre problème aujourd'hui.

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Fourmillement aux jambes | <input type="checkbox"/> Évanouissement | <input type="checkbox"/> Maux de cou |
| <input type="checkbox"/> Fourmillement aux bras | <input type="checkbox"/> Diminution de l'odorat | <input type="checkbox"/> Maux de dos | <input type="checkbox"/> Déséquilibre |
| <input type="checkbox"/> Étourdissement | <input type="checkbox"/> Bourdonnement dans les oreilles | <input type="checkbox"/> Sonnerie dans les oreilles | <input type="checkbox"/> Nervosité |
| <input type="checkbox"/> Engourdissement aux doigts | <input type="checkbox"/> Engourdissement aux orteils | <input type="checkbox"/> Diminution du goûter | <input type="checkbox"/> Douleur à l'estomac |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Irritabilité | <input type="checkbox"/> Tension |
| <input type="checkbox"/> Trouble de sommeil | <input type="checkbox"/> Tension au cou | <input type="checkbox"/> Mains froides | <input type="checkbox"/> Pieds froids |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleur |
| <input type="checkbox"/> Sueurs froides | <input type="checkbox"/> Yeux dérangés par la lumière | <input type="checkbox"/> Trouble de miction | <input type="checkbox"/> Brûlement d'estomac /
Indigestion |
| <input type="checkbox"/> Saute d'humeur | <input type="checkbox"/> Douleurs menstruelles | <input type="checkbox"/> Cycle irrégulier | <input type="checkbox"/> Ulcère |

Énumérez tous les médicaments que vous prenez ainsi que la raison (sous ordonnance et pas sous ordonnance) :

Avez-vous eu de la chirurgie ? (Veillez indiquer tout genre de chirurgie.)

1. Genre : _____ Date : _____ Médecin : _____
2. Genre : _____ Date : _____ Médecin : _____
3. Genre : _____ Date : _____ Médecin : _____
4. Genre : _____ Date : _____ Médecin : _____

Accidents et / ou blessures : automobile, relié au travail, autre (particulièrement ceux liés à votre problème actuel).

1. Genre : _____ Date : _____ Hospitalisé : Non Oui
2. Genre : _____ Date : _____ Hospitalisé : Non Oui
3. Genre : _____ Date : _____ Hospitalisé : Non Oui

Avez-vous déjà eu à prendre une radiographie ? Non Oui

Le cas échéant quand : _____ Où : _____ Endroit de votre corps : _____

Portez-vous des semelles ou talons orthopédiques ? Non Oui

Veillez énumérer les trois tensions principales dans chaque catégorie qui se rapportent à vous :

1. Tension physique (chutes, accidents, posture au travail, etc.)

- a. _____
- b. _____
- c. _____

2. Tension biochimique (fumer, drogue, nutrition malsaine, repas ratés, ne pas boire assez d'eau, etc.)

- a. _____
- b. _____
- c. _____

3. Tension psychologique (travail, relations, finances, estime de soi, etc.)

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Les années de développement

La recherche démontre que plusieurs des problèmes de santé que nous ressentons aujourd'hui ou que nous nous ressentirons plus tard dans notre vie ont débuté pendant les années de développement, quelques uns dès la naissance. Veuillez répondre aux questions suivantes au meilleur de vos connaissances :

Naissance à l'âge de 17 ans

	Oui	Non	Incertain
Avez-vous eu des maladies d'enfance sérieuses ?	[]	[]	[]
Avez-vous subi des chutes sérieuses pendant votre enfance ?	[]	[]	[]
Avez-vous pratiqué des sports ?	[]	[]	[]
Avez-vous pris/utilisé des médicaments (sous ordonnance ou pas) ?	[]	[]	[]
Avez-vous eu une chirurgie ?	[]	[]	[]
Avez-vous été impliqué dans un accident de voiture ?	[]	[]	[]
Avez-vous utilisé des médicaments tels que des antibiotiques ou un inhalateur pendant une période prolongée ?	[]	[]	[]
Avez-vous subi d'autres traumatismes (physique ou émotionnel) ?	[]	[]	[]
Avez-vous été vacciné ?	[]	[]	[]
Étiez-vous sous les soins de la chiropratique de façon régulière ?	[]	[]	[]

COMMENTAIRES : _____

Adulte (18 ans au présent)

	Oui	Non	Incertain
Avez-vous déjà fumé / Fumez-vous ?	[]	[]	[]
Consommez-vous de l'alcool (plus que pour des raisons sociales) ?	[]	[]	[]
Avez-vous été impliqué dans un accident ?	[]	[]	[]
Avez-vous eu une chirurgie ?	[]	[]	[]
Pratiquez-vous des sports ?	[]	[]	[]
Participez-vous aux sports extrêmes ?	[]	[]	[]

Sur une échelle de 1 à 10 veuillez évaluer vos niveaux de tensions psychologiques / émotionnels (1 = aucun / 10 = énorme)

Métier : _____

Personnel : _____

Sur une échelle de 1 à 10 (1 étant très pauvre et 10 étant excellent) veuillez évaluer vos :

Habitudes alimentaires : _____ Habitudes d'exercice : _____ Sommeil : _____

État de santé en général : _____ Façon de penser : _____

Profil de santé de la famille

Nous ne sommes pas uniquement intéressés à votre état santé et de bien-être, mais aussi à la santé et au bien-être de votre famille et de vos proches. Veuillez énumérer ci-dessous leurs noms et les conditions ou inquiétudes de santé qu'ils pourraient avoir :

Enfants : _____

Époux(se) : _____

Mère : _____

Père : _____

Frères : _____

Soeurs : _____

Autres : _____

Ayez-vous déjà :

acheté de l'eau embouteillée ? Oui Non

été membre d'un club de santé ? Oui Non

consommé des vitamines ou suppléments de nutrition ? Oui Non

s'il y a un besoin identifié pour des changements à votre nutrition ou à certains aliments, aimeriez-vous en être informé ? Oui Non

s'il y a un besoin identifié pour les exercices particuliers, aimeriez-vous en être informé ? Oui Non

s'il y a un besoin identifié pour un soutien dans la dimension de la santé psychologique / Esprit / corps / tensions, aimeriez-vous en être informé ? Oui Non

Je consens à un examen complet et professionnel de chiropratique et à un examen par radiographie que le docteur juge nécessaire. Je comprends que les frais pour services rendus sont dus au moment de ce service et ne peuvent pas être reportés à une date ultérieure.

Signature : _____ Date : _____

Merci d'avoir pris le temps pour remplir ce formulaire. C'est un premier pas vers la [Création de Votre Bien-être !](#)
Rendez-le à notre personnel et nous serons avec vous dans quelques instants.