

ANAMNESE (partie 1)

FICHER PERSONNEL

Nom : _____

Date de naissance: JJ/MM/AAAA _____ Date examen: JJ/MM/AAAA _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Tél. Résidence : _____ Tél. travail : _____

Courrier électronique : _____ Occupation : _____

Comment avez-vous été référé à la clinique ? : Référence (nom du patient) : _____

Site web de la clinique Bottin Pages Jaunes Passant Autre professionnel

Internet autre: _____ Autre: _____

MOTIF DE CONSULTATION

Prévention Problème précis

1. Raison de la consultation _____

2. Depuis quand ressentez-vous ces symptômes? _____

3. Est-ce survenu à la suite d'un accident, d'un traumatisme, d'une chute ou d'un autre incident?
 Non Oui : _____

4. Est-ce le premier épisode ? Oui Non, il s'agit de la ____ième fois

5. Encerclez l'intensité de la douleur : (Nulle) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Très forte)

6. Votre douleur est : À tous les jours Constante Intermittente

7. Votre douleur est pire : Au lever Le jour Le soir La nuit

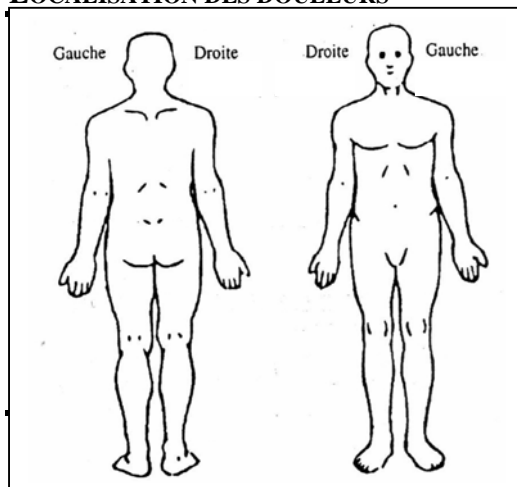
8. Qu'est-ce qui vous soulage? _____

9. Votre douleur tend à s'aggraver avec :
 Le temps À chaque épisode Certains mouvements ou certaines activités

10. Votre douleur vous empêche de :
 Travailler Dormir Marcher Mener votre routine

11. Prenez-vous des médicaments, vitamines ou produits naturels?
Lesquels? _____

LOCALISATION DES DOULEURS



Veillez indiquer les régions affectées sur le schéma

Douleur : XXX
Engourdissements : ----
Raideurs : ////

ANAMNESE (partie 1)

1. Avez-vous déjà consulté pour cette condition ? Oui Non
2. Êtes-vous Droitier? Gaucher? 3. Portez-vous des orthèses plantaires ? _____

HISTORIQUE DE VOTRE SANTÉ VERTÉBRALE

1. À quand remonte votre dernier examen chiropratique? _____
2. Quel(s) type(s) de soins avez-vous reçu?
 Soulagement Correction Prévention
3. Quelles techniques ont été utilisées?
 Ajustements Techniques musculaires Activateur Ultrasons, stimulation électrique
4. Parmi les causes de troubles vertébraux suivants, avez-vous déjà fait ou eu :
 Accidents d'automobile (Dates : _____)
 Chute accidentelle (Dates : _____)
 Efforts excessifs : _____
 Sports de contact : _____

HABITUDES DE VIE

1. Travaillez-vous debout assis autre : _____
2. Quelle est votre tâche principale au travail ? _____
3. Avez-vous un poste de travail ergonomique à la maison ? Oui Non
4. Avez-vous un poste de travail ergonomique au travail ? Oui Non
5. Portez-vous votre portefeuille dans la poche arrière de votre pantalon ? Oui Non
6. Croisez-vous la jambe ? Oui Non 7. Vous faites-vous «craquer» tout seul ? Oui Non
8. Votre matelas est-il ? ferme mou récent vieux
9. Avec combien d'oreillers dormez-vous ? ____
11. Placez-vous le bras sous l'oreiller pour dormir ? Oui Non
12. Avez-vous une bonne qualité de sommeil ? Oui Non
13. Quelle est votre posture de sommeil ? ventre dos côtés (G ou D)
14. Gardez-vous une bonne posture au travail ? Oui Non
Sur le divan ? Oui Non En général ? Oui Non
15. Quelle(s) activité(s) physique(s) pratiquez-vous ? _____
16. À quelle fréquence ? _____
17. Fumez-vous ? Non Oui Quantité/jour ? _____
18. Consommation d'alcool par semaine ? _____
19. Encercler votre niveau de stress : (Bas) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Haut)

ANAMNESE (partie 1)

NOM :

DATE :

HISTORIQUE DE SANTÉ

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Arthrose/ Arthrite | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Diabète/Hypoglycémie |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Ostéoporose | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Évanouissements |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Perte de sensation (visage, membres...) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Maux de tête, migraines |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Dépression/anxiété/nervosité/fatigue chronique | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Nausée/vomissement |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Hypertension ou basse pression | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Constipation/diarrhée |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Troubles digestifs (ulcère, acidité...) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Troubles de reins |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Troubles cardiaques (infarctus, angine...) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Étourdissement, vertiges |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Troubles circulatoires (artère bloquée, anévrisme...) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Allergies/sinusites/rhumes fréquents |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Problèmes de peau | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Maux d'oreilles (otites, acouphènes...) |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Cancer ou tumeur/ radiothérapie, chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Troubles pulmonaires (asthme, tuberculose) |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Troubles visuels (myopie, spots lumineux, vue embrouillée...) | | |
- Autre : _____

SECTION RÉSERVÉE AUX FEMMES

1. Êtes-vous enceinte ? Oui Non 2. Méthode contraceptive : _____
3. Vos règles sont-elles : Régulières Douloureuses Abondantes 4. Êtes-vous ménopausée ? Oui Non
5. Nombre de grossesses : _____ 6. Complications : Non Oui : _____

Déclaration pour tous

Notre équipe est heureuse de vous accueillir. Si vous êtes comme la plupart de nos patients, vous avez été référé à notre clinique. Même si ce n'est pas le cas, soyez assuré de notre complicité dans votre démarche vers la santé.

Aujourd'hui, un examen physique sera effectué par votre docteur(e) en chiropratique, ce qui permettra de cerner votre condition. Des radiographies pourront être prises sur place. Lors de votre prochaine visite, une explication détaillée des résultats vous permettra de prendre des décisions éclairées face à votre santé.

Par la présente, je déclare que toutes les informations fournies sur mon état de santé sont complètes et exactes et j'autorise l'examen physique (ou celui de mon enfant : _____) et au besoin la prise de films radiologiques. De plus, j'assume la responsabilité des frais encourus et de tout solde non remboursé par ma compagnie d'assurance.

Signature : _____

Date : _____

Section réservée à votre D.C.

ANAMNESE (partie 2)

RAPPORT RADIOLOGIQUE

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Date de la prise des radiographies : _____
 Vues **C/S**: ___ A/P ___ APOM ___ Lat. ___ Obl. ___ Flex. ___ Ext **T/S**: ___ A/P ___ Lat. **L/S**: ___ A/P ___ Lat. ___ Obl. ___ Flex. Lat.
 Autres: _____

<p>MINERALISATION OSSEUSE : <input type="checkbox"/> Normale</p> <p><input type="checkbox"/> Diminuée : +1 +2 +3 <input type="checkbox"/> Augmentée :</p>	<p>ALIGNEMENT PLAN FRONTAL : <input type="checkbox"/> Limite de la normale</p> <p><input type="checkbox"/> Inclinaison latérale G / D +1 +2 +3 de à</p> <p><input type="checkbox"/> Inclinaison latérale G / D +1 +2 +3 de à</p> <p><input type="checkbox"/> Déviation convexe à G / D +1 +2 +3 de à</p> <p><input type="checkbox"/> Déviation convexe à G / D +1 +2 +3 de à</p> <p><input type="checkbox"/> Rotation corps vertébral à G : <input type="checkbox"/> Rotation du corps vertébral à D :</p> <p><input type="checkbox"/> Tête fémorale G / D inférieure de mm</p>																		
<p>TISSUS MOUS : <input type="checkbox"/> Normaux</p> <p><input type="checkbox"/> Phlebolithiases pelviennes <input type="checkbox"/> Autres</p>	<p>ALIGNEMENT PLAN SAGITTAL : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> ADI= mm</p>																		
<p>ANOMALIES CONGENITALES : <input type="checkbox"/> Aucune</p> <p><input type="checkbox"/> Asymétrie facettaire <input type="checkbox"/> Segment transitionnel <input type="checkbox"/> Pons posticus</p>	<p>Lordose C/S : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Hypolordose +1 +2 +3 de à</p> <p><input type="checkbox"/> Hyper +1 +2 +3 de à <input type="checkbox"/> renversée +1 +2 +3 de à</p>																		
<p>OSTEOARTHROSE : <input type="checkbox"/> Aucune</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Niveaux</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Degré</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Irrégularité/sclérose art. :</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Discopathie :</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ostéophytose :</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Foramen invertébraux diminués :</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ostéoarthrose :</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Niveaux	Degré	<input type="checkbox"/> Irrégularité/sclérose art. :			<input type="checkbox"/> Discopathie :			<input type="checkbox"/> Ostéophytose :			<input type="checkbox"/> Foramen invertébraux diminués :			<input type="checkbox"/> Ostéoarthrose :			<p>Lordose L/S : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Hypolordose +1 +2 +3 de à</p> <p><input type="checkbox"/> Hyper +1 +2 +3 de à <input type="checkbox"/> renversée +1 +2 +3 de à</p>
	Niveaux	Degré																	
<input type="checkbox"/> Irrégularité/sclérose art. :																			
<input type="checkbox"/> Discopathie :																			
<input type="checkbox"/> Ostéophytose :																			
<input type="checkbox"/> Foramen invertébraux diminués :																			
<input type="checkbox"/> Ostéoarthrose :																			
<p><input type="checkbox"/> Les autres structures ; disques ; tissus mous ; facettes articulaires ; cortex sont sans remarque.</p>	<p>Cyphose T/S : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Hypo +1 +2 +3 <input type="checkbox"/> Hyper +1 +2 +3</p> <p><input type="checkbox"/> Angulation cypholique <input type="checkbox"/> affaissement vertébral</p> <p>Ligne de Georges <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Irrégulière :</p> <p>Ligne de gravité <input type="checkbox"/> L/S : N / ant / post. mm <input type="checkbox"/> C/S : N / ant mm</p>																		

Autres impressions radiologiques :

Signature : _____