

Clinique chiropratique Duplessis

Bonjour à vous et merci de votre intérêt pour l'Analyse vertébrale Network! Joint à cette lettre, vous trouverez des questionnaires santé à compléter et à apporter lors de votre première visite. Ces informations m'aideront à mieux vous connaître et me permettront de mieux vous accompagner dans l'atteinte de vos objectifs de mieux-être et de santé.

Le mieux-être (wellness) est l'état naturel de l'être humain. Chacun de nous est donc outillé pour retrouver cet état de bien-être, altéré par les surcharges de stress physiques, chimiques et émotionnels. La technique utilisée à pour but de faciliter vos processus naturels de guérison en éliminant les sources d'interférences de votre système nerveux. De cette façon, vos capacités naturelles de guérison auront une plus grande efficacité. À cette fin, j'utilise des contacts très légers et très spécifiques au niveau de la colonne vertébrale.

L'expérience clinique ainsi que les recherches scientifiques démontrent que les gens qui reçoivent des soins Network régulièrement ont entre autre:

- Une réduction de leurs douleurs aiguës ou chroniques*
- Une amélioration de leur vitalité, plus d'énergie, une plus grande flexibilité;*
- Une amélioration de leur posture, un dos plus fort et souple à la fois;*
- Moins de rhumes, de stress, de maux de tête, un meilleur sommeil;*
- Une amélioration du mieux-être émotionnel et psychologique;*
- Une amélioration globale de la qualité de vie etc.*

L'analyse vertébrale Network est donc une approche holistique pour retrouver la santé naturellement, éliminer les tensions de la vie, développer des stratégies et des compétences pour améliorer sa qualité de vie. Pour ceux et celles qui le désireront, des outils de croissance personnelle vous seront proposés en accompagnement de vos soins. Vous verrez, votre corps fonctionnera plus efficacement et votre esprit aura plus de clarté lorsque votre système nerveux sera moins sous tension!

C'est avec plaisir que nous vous attendons pour votre première rencontre!

Santé!

Dr Patrick Fallon, chiropraticien D.C

Formulaire d'accueil

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F M

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

☎ Maison : (____) _____-____ ☎ Travail : (____) _____-____ ☎ Cellulaire : (____) _____-____

Courriel : _____@_____ Occupation : _____

Date de naissance : ____/____/____ Âge : _____

j m a

État civil : mariés divorcés célibataire Nom de l'époux/se : _____

Nombre d'enfant : _____ Prénom(s) : _____ Âge : _____

Qui pouvons-nous remercier de vous avoir référé à notre clinique ? : _____

parent ami professionnel

Notre clinique vous est connue par : Pages jaunes Web Enseigne Publicité Autre _____

SVP, veuillez remplir ce questionnaire au meilleur de vos connaissances. Il a pour but d'aider votre chiropraticien(ne) à évaluer votre état de santé physique, émotionnelle et mentale et à déterminer vos besoins à court et à long terme

PARTIE I : Les raisons pour lesquelles vous êtes à notre clinique

Inscrivez le **motif principal** de votre consultation :

Problème de santé Mieux-Être ou check-up (passez à « partie II Anamnèse physique » en page 2)

Décrivez brièvement : _____

Inscrivez les autres motifs qui vous préoccupent : _____

Encercler sur ce schéma les régions problématiques :

Avez-vous consulté un autre docteur/praticien pour cette condition ?

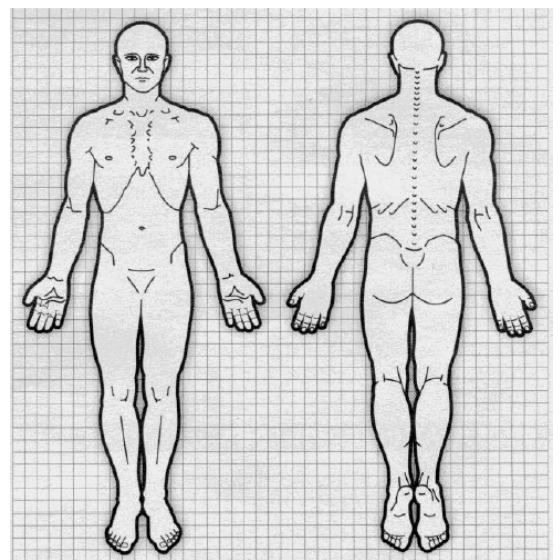
Non Oui

Qui ? _____

Avis/donné/traitement reçu ? _____

Résultats obtenus ? _____

Quand et comment cette condition a-t-elle commencé ?



Avez-vous déjà souffert du même problème par le passé ?

Non Oui Quand ? _____

Combien de fois : _____

La douleur / symptôme :

Va en s'améliorant Est stable

Va en s'empirant Est présente constamment

Va et vient Irradie à quel endroit ? _____

Les activités suivantes augmentent la douleur/symptôme :

Assis Debout Mouvements Marcher Lever poids

Froid Humidité Couché Autre _____

Les activités suivantes diminuent la douleur/symptôme :

Repos Glace Chaud Masser/pommade

Médicament : _____ Autre : _____

La douleur/symptôme est pire : Le matin

Fin de journée

La nuit

La douleur / symptôme interfère avec :

Travail/ménage/étude

Sommeil

Mon calme

Vie sociale

Capacité à se déplacer/voyager

Activité récréatives (sports, hobby)

Intérêt ou activité sexuelle

Relation avec la famille

Cette condition vous préoccupe-t-elle ?

Non

Oui

Si oui, en quoi ? _____

Selon vous, pourquoi ce problème vous arrive-t-il ? _____

Pensez-vous que ce soit la seule raison ?

Non

Oui

Si non, quoi d'autre ? _____

Cette condition crée-t-elle des difficultés pour vous et/ou votre entourage ? _____

Avez-vous dû changer vos habitudes depuis que ce problème existe ? Lesquelles ? _____

Y a-t-il des moments ou des activités durant le jour où vous oubliez totalement ou presque totalement cette condition ?

Quand ? Lesquelles ? _____

Si ce problème disparaissait demain, en quoi votre vie serait-elle différente ? _____

Quand vous êtes-vous senti **vraiment** bien pour la dernière fois ? _____

Partie II : Anamnèse physique

Stress à la naissance :

Naissance difficile

Césarienne

Forceps/ventouse

Avez-vous souffert les chocs/surcharges physiques suivant(e)s :

Blessures sportives

Service militaire

Bagarre

Choc sur la tête

Chute dans les escaliers

Au cours de votre vie, avez-vous :

Été inconscient / commotion cérébrale ?? _____

Eu des fractures ou des articulations foulées ? _____

Blessé votre colonne vertébrale (accident, lombago, ...) ? _____

Pendant la journée, je suis principalement (plus d'un choix possible)

- Assis à un bureau À l'ordinateur Debout Marche Au téléphone
 En voiture Lève/porte du lourd Souvent dans des positions stressantes

La nuit, je dors : Sur le dos Sur le ventre Sur le côté

Combien d'heures de **sommeil réparateur** dormez-vous par nuit ? _____

Sport / Temps libre

Avez-vous une activité physique régulière ? Non Oui _____

Combien de fois par semaine ? _____ Dans un club / équipe ? _____

Objectif(s) de cette activité : Détente Dissiper mes tensions Prévenir la maladie Maintenir ma santé

Accidents

Avez-vous eu des accidents : De voiture / moto De vélo Ski Autre _____

Quand, combien, comment ? _____

Traitement médicaux

Avez-vous été hospitalisé ? Non Oui Pourquoi ? _____

Avez-vous été opéré (inclut césarienne) Non Oui _____

Vous a-t-on déjà enlevé un organe ? Non Oui _____

Avez-vous reçu les traitements / procédures suivant(e)s :

- Corset Injection/ponction Chimio/radiothérapie Appareil dentaire Traction
 Plâtre Semelle orthopédique Transfusion Radiographie Collier cou
 Ostéopathie Physiothérapie Acuponcture Chiropratique
 Autre _____

Partie III : Anamnèse chimique

Prenez-vous des médicaments avec régularité (inclut pilule contraceptive et traitement hormonal) ? _____

Avez-vous déjà pris des médicaments avec régularité (inclut pilule, hormones, antibiotiques) ? _____

Fumez-vous ? Non Oui J'ai arrêté Combien par jour : _____

Je consomme (et quantité) : Alcool : Non Oui _____ Café : Non Oui _____

Par rapport à mon alimentation, je suis : Très satisfait Satisfait Insatisfait

Combien de portions de fruits et légumes mangez-vous par jour ? _____

Que faites-vous pour détoxifier régulièrement votre organisme ? _____

Prenez-vous des : Vitamines Supplément Herbes/tisanes Remèdes homéopathiques

Objectif(s) : Soulager un mal Prévenir la maladie Maintenir la santé Autre _____

Partie IV : Anamnèse psychosociale / émotionnelle

Avez-vous été victime d'abus (physique, émotionnel, mobbing, ...) ? Non Oui

Utilisez-vous une (ou plusieurs) des méthodes suivantes pour **préserver et améliorer** votre santé ?

- Massage Acuponcture Méditation Relaxation Sophrologie
 Prière Psychothérapie Yoga/tai chi Gymnastique douce
 Autre : _____

	Dans le passé	Présentement	Commentaires
Stress Familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Séparation/Divorce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déménagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stress lié au travail/à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perte d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Changement d'orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Changement de style de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abus physique-acte de violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grossesse/Accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Personnalité perfectionniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Etes-vous autant en bonne santé aujourd'hui qu'il y a 5 ou 10 ans ?

Non Ne sais pas Oui si oui, quelles sont vos stratégies ? _____

Au vu de votre santé actuelle et de votre style de vie, pensez-vous pouvoir être au moins autant en bonne santé, voire en meilleure santé, dans 5 ou 10 ans ?

Non Ne sais pas Oui si oui, quelles sont vos stratégies ? _____

Vous considérez-vous : Très stressé Stressé Peu stressé Pas stressé du tout

Gérez-vous votre stress : Parfaitement Plus ou moins Mal

En général, vous considérez-vous : Malade En bonne santé

Pourquoi, pensez-vous de cette manière : _____

D'autres personnes dans votre famille souffrent-elles de problème de santé : _____

De manière générale, que faites-vous pour entretenir votre colonne vertébrale et système nerveux ? _____

De manière générale, quelles sont vos stratégies pour rester en bonne santé et améliorer votre qualité de vie ? _____

Que faites-vous quand vous avez besoin de vous ressourcer ? _____

Avez-vous, ou souffrez-vous, (ou un membre de votre famille) des problèmes suivants :

P = passé

A = actuellement

M = membre de la famille

Musculosquelettique

P A M

- Arthrose, Rhumatisme
- Maux de tête
- Douleurs nuque
- Douleurs dorsales
- Douleurs bas du dos
- Sciatique / Hernie discale
- Scoliose
- Problème mâchoire
- Autres articulations

Système nerveux

P A M

- Hyperactivité, déficit attention
- Nervosité, irritabilité, impatience
- Anxiété, dépression
- Fibromyalgie, fatigue
- Vertiges
- Douleur dans le visage
- Problème d'équilibre

Cardiovasculaire / Respiration

P A M

- Asthme, souffle court
- Anémie
- Tension artérielle élevée
- Varices/ mauvaise circulation
- Diabète
- Cholestérol élevé
- Problèmes de cœur

Gastro-intestinal

P A M

- Problème d'appétit
- Ballonnement, brûlure
- Régurgitation, reflux
- Hernie hiatale
- Problème de poids
- Constipation / diarrhée
- Douleurs abdominales

Hommes / Femmes

P A M

- Douleurs menstruelles
- Irrégularité du cycle
- Problème à concevoir
- Dysfonction prostate

Oreille, Nez, Gorge

P A M

- Sinusite
- Ronflement
- Sifflement oreille (acouphène)
- Nez bouché
- Déficience visuelle
- Déficience auditive
- Otites chroniques

Génito-urinaire

P A M

- Infections chroniques
- Perte urinaire à l'effort
- Perte urinaire la nuit
- Rétention urinaire

Performance intellectuelle

P A M

- Problème de mémorisation
- Problème de concentration
- Problème d'inversion de lettres
- Problème d'inversion de chiffres
- Problème d'inversion de mots
- Dyslexie
- Problème scolaire / étude

Général

P A M

- Allergies, Rhume des foins
- Thyroïde
- Eczéma, problème de peau
- Cancer

Homéostasie et guérison - sur une échelle de 0 à 10 (0 étant très mauvais et 10 excellent), veuillez-estimer :

Qualité de votre sommeil :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vitalité et énergie :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bien-être global :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Acuité intellectuelle :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sur une échelle entre 0 (= très mauvais) et 100 (= optimal)

- Quel pourcentage êtes-vous satisfait de votre santé optimale ? _____ %
- Quel pourcentage de santé optimale désirez-vous obtenir ? _____ %
- Quel est votre pourcentage de motivation pour y arriver ? _____ %
- Combien de temps pensez-vous que cela prendra pour y arriver ? _____

Partie VI : Besoins et attentes

En matière de santé en particulier et de votre vie en général, quels sont :

- Vos besoins urgents actuels ? _____
- Vos désirs profonds futurs _____

Vos besoins et attentes sont importants pour nous. Merci d'évaluer l'importance que vous attribuez aux choix suivants :

0 – pas important	1 – peu important	2 – important	3 – très important	NSP – ne s'applique pas
Soulager / réduire les douleurs ou les symptômes	_____	_____	Améliorer ma santé physique	_____
Corriger les causes des douleurs ou des symptômes	_____	_____	Améliorer ma santé psychique / émotionnelle	_____
Maintenir ma santé	_____	_____	Améliorer ma capacité à résister au stress	_____
Mettre en place une hygiène de vie saine	_____	_____	Améliorer ma qualité de vie globale	_____
Enseigner à mon organisme à mieux se guérir	_____	_____	Reprendre le contrôle de ma santé	_____
Revitaliser périodiquement mon organisme	_____	_____	Me développer, être au meilleur de moi-même	_____

Quels sont les domaines où vous pensez avoir besoin d'assistance pour améliorer/entretenir votre santé

- Faire de l'activité physique correctement
- M'alimenter correctement/ guérir par la nutrition
- Gérer mon stress (inclut posture, ergonomie, relaxation)
- Programme individualisé d'exercices
- Perdre du poids de manière durable
- Améliorer globalement ma santé

Signature : _____

Date : ____/____/____