

# Maintenant

*soins chiropratiques et holistiques*

## SECTION 1 – COORDONNÉES

Nom:		État civil:		
Adresse:		Ville:	Province:	Code postal:
Date de naissance:	Occupation:		Enfant(s):	
Tél. maison:	Tél. travail :	Tél. cellulaire:	Adresse courriel:	

J'accepte de faire partie de la liste d'envoi de la Clinique Maintenant.

## SECTION 2 – QUESTIONS

1. La plupart de nos nouveaux clients nous sont référés par la famille ou des amis.

**Comment avez-vous été référé à notre clinique?**

- Site web
- Présentation
- Enseigne extérieure
- Membre de la famille ou ami(e)

Leur nom: \_\_\_\_\_

2. Les recherches démontrent l'importance d'un entretien vertébral régulier.

**Combien de fois avez-vous déjà consulté un chiropraticien?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. À quand remonte votre dernière évaluation vertébrale?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. La tension vertébrale cause de l'usure prématurée et engendre des grincements ou de légers «craquements».

**Vous arrive-t-il d'entendre des bruits en bougeant votre cou ou votre dos?**

- OUI       NON

5. La tension vertébrale peut vous amener à ressentir le besoin de vous étirer ou de «craquer» votre cou ou votre dos.

**Vous arrive-t-il d'en ressentir le besoin?**

- OUI       NON

6. Une mauvaise posture pourrait engendrer une mauvaise santé et est généralement un indicateur important de tension vertébrale.

**Selon vous, comment est votre posture?** (Pauvre - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - Excellente)

- 1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

# Maintenant

*soins chiropratiques et holistiques*

## SECTION 2 – QUESTIONS / SUITE

7. Le stress peut causer ou accélérer la dégénérescence vertébrale.

**De bas à extrême, quantifiez le niveau de stress dans votre vie dans les 90 derniers jours.**

(Bas - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 – Extrême)

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

8. Les médicaments sous ordonnance ou en vente libre peuvent stresser votre corps, camoufler la sévérité de vos problèmes de santé et nuire à la capacité naturelle d'auto-guérison de votre corps.

**Quels sont les médicaments que vous prenez actuellement?**

---

---

9. Les accidents d'auto et les blessures survenues au travail peuvent causer de sérieux dommages à votre colonne vertébrale.

**Est-ce que votre visite à la clinique est due à un accident ou à une blessure?**

OUI       NON

*Si OUI, écrivez la date de l'incident :*

---

## SECTION 3 – VOS SYMPTÔMES ET COMMENT ILS INFLUENCENT VOTRE VIE

1. Avez-vous un symptôme ou problème en ce moment qui nuit à votre qualité de vie?

OUI       NON

*Si OUI, décrivez ci-dessous:*

---

*Depuis quand cela dure-t-il?*

---

*Comment cela a-t-il commencé?*

---

*Si NON, expliquez la raison pour laquelle vous êtes venu nous consulter et ensuite allez directement à la **SECTION 4**:*

---

---

2. Est-ce que votre symptôme ou problème est dû à un accident de la route ou de travail?

OUI       NON

*Si OUI, inscrivez la date de l'accident survenu :*

---

# Maintenant

*soins chiropratiques et holistiques*

## SECTION 3 – VOS SYMPTÔMES ET COMMENT ILS INFLUENCENT VOTRE VIE / SUITE

3. Avez-vous déjà essayé de changer votre situation?

OUI  NON

Si OUI, décrivez ce que vous avez fait :

---

---

4. Des membres de votre famille ont-ils eu le même genre de problème?

OUI  NON

Si OUI, qu'ont-ils fait pour améliorer leur situation?

---

Est-ce que ça semble avoir fonctionné?

OUI  NON

5. De 0 à 3, à quel degré êtes-vous conscient de votre symptôme/problème le matin en vous levant?

(0 = pas du tout/ 3 = beaucoup)

0  1  2  3

6. De 0 à 3, à quel degré êtes-vous conscient de votre symptôme/problème pendant le jour?

(0 = pas du tout/ 3 = beaucoup)

0  1  2  3

7. De 0 à 3, à quel degré êtes-vous conscient de votre symptôme/problème en fin de journée?

(0 = pas du tout/ 3 = beaucoup)

0  1  2  3

8. De 0 à 3, à quel degré êtes-vous conscient de votre symptôme/problème pendant la nuit?

(0 = pas du tout/ 3 = beaucoup)

0  1  2  3

9. Y a-t-il des circonstances ou activités pendant lesquelles vous oubliez, complètement ou en partie, la présence de votre symptôme ou problème?

---

---

10. Pourquoi croyez-vous que cela vous arrive ou continue de se présenter dans votre vie?

---

---

11. Croyez-vous que ce soit la seule raison?

OUI  NON

Si NON, quelles autres raisons pourraient en être la cause?

---

# Maintenant

*soins chiropratiques et holistiques*

## SECTION 3 – VOS SYMPTÔMES ET COMMENT ILS INFLUENCENT VOTRE VIE / SUITE

12. Faites-vous certaines choses différemment dans votre vie à cause de ce symptôme/ problème?

OUI  NON

Si OUI, décrivez:

---

---

13. Si ce problème disparaissait demain matin, en quoi votre vie serait-elle différente?

---

14. Quantifiez à quel degré votre symptôme/problème affecte votre vie :

(0 = ne m'affecte pas, 1 = m'affecte légèrement, 2 = modérément, 3 = intensément)

Travail  0  1  2  3

Loisirs  0  1  2  3

Repos/sommeil  0  1  2  3

Vie sociale  0  1  2  3

Marcher  0  1  2  3

Position assise  0  1  2  3

Exercices  0  1  2  3

Manger  0  1  2  3

Relations/famille  0  1  2  3

Autres commentaires:

---

15. Si cette situation ne prenait PAS une nouvelle direction, comment pensez-vous que cela pourrait affecter votre vie dans les 5 prochaines années?

---

---

16. S'il était possible de travailler ensemble pour vous aider à résoudre ce problème, quels en seraient les bénéfices dans les années à venir?

---

---

# Maintenant

soins chiropratiques et holistiques

## SECTION 4 – HISTORIQUE DE STRESS PHYSIQUE

### 1. Votre naissance

**Votre mère a-t-elle eu des problèmes pendant sa grossesse?**

Cochez s'il y a lieu.

- Chutes     Maladie     Difficile     Ne sais pas

Autres commentaires:

---

---

### Votre naissance fut :

Cochez s'il y a lieu :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Traumatique          | <input type="radio"/> Très rapide         |
| <input type="radio"/> Césarienne           | <input type="radio"/> Naturelle           |
| <input type="radio"/> Siège                | <input type="radio"/> Provoquée           |
| <input type="radio"/> Forceps ou ventouses | <input type="radio"/> À domicile          |
| <input type="radio"/> Cordon autour du cou | <input type="radio"/> À l'hôpital         |
| <input type="radio"/> Prolongée            | <input type="radio"/> Maison de naissance |

### 2. Trauma physique général: Chutes

Cochez s'il y a lieu et inscrivez votre âge lors de l'événement.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Berceau ou poussette<br>Âge: _____ | <input type="radio"/> Jeux dans les parcs<br>Âge: _____      |
| <input type="radio"/> Les marches<br>Âge: _____          | <input type="radio"/> Ski/snowboard<br>Âge: _____            |
| <input type="radio"/> Sur la glace<br>Âge: _____         | <input type="radio"/> Autre chutes (décrivez):<br>Âge: _____ |
| <input type="radio"/> D'un arbre<br>Âge: _____           | _____  |

### 3. Trauma physique général

Cochez s'il y a lieu et inscrivez votre âge lors de l'événement :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Perdu connaissance<br>Âge: _____                | <input type="radio"/> Guerre<br>Âge: _____              | <input type="radio"/> Travail dentaire ou<br>d'orthodontie important<br>Âge: _____ |
| <input type="radio"/> Utilisé béquilles ou canne<br>Âge: _____        | <input type="radio"/> Combat physique<br>Âge: _____     | <input type="radio"/> Autre (décrivez):<br>Âge: _____                              |
| <input type="radio"/> Fractures ou entorses (décrivez):<br>Âge: _____ | <input type="radio"/> Blessures sportives<br>Âge: _____ | _____  |

# Maintenant

soins chiropratiques et holistiques

## SECTION 4 – HISTORIQUE DE STRESS PHYSIQUE / SUITE

### 4. Accidents (importants ou mineurs), en tant que passager ou conducteur

Cochez s'il y a lieu et inscrivez votre âge lors de l'événement :

Voiture  
Âge: \_\_\_\_\_

Vélo  
Âge: \_\_\_\_\_

Motocyclette  
Âge: \_\_\_\_\_

Avion  
Âge: \_\_\_\_\_

Autobus  
Âge: \_\_\_\_\_

Autre:  
Âge: \_\_\_\_\_

Train  
Âge: \_\_\_\_\_

Autres commentaires:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5. Activités quotidiennes

Cochez s'il y a lieu :

- Assis
- Debout
- Marcher
- Travail de bureau
- Au téléphone
- Sports

- Exercices
- Ordinateur
- Regarder la télévision
- Conduite/transport
- Jouer un instrument de musique
- Lecture prolongée

- Travail mécanique
- Soulever poids lourds
- Verres de contact
- Lunettes
- Verre à double foyer
- Autres commentaires:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 6. Interventions médicales

Cochez s'il y a lieu :

Hospitalisation - raison?  
Âge: \_\_\_\_\_

Orthèses  
Âge: \_\_\_\_\_

Chirurgie - pourquoi?  
Âge: \_\_\_\_\_

Physiothérapie  
Âge: \_\_\_\_\_

Chimiothérapie  
Âge: \_\_\_\_\_

Épidurales, ponctions lombaires  
Âge: \_\_\_\_\_

Radiothérapie  
Âge: \_\_\_\_\_

Autres commentaires :

Plâtres, corsets  
Âge: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Collet cervical  
Âge: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Maintenant

*soins chiropratiques et holistiques*

## SECTION 4 – HISTORIQUE DE STRESS PHYSIQUE / SUITE

7. Est-ce qu'il y a déjà eu des maladies graves dans la famille?

---



---

8. Avez-vous un médecin de famille?

OUI       NON

---

9. À quand remonte votre dernière consultation médicale? *Date de l'examen:*

---

*Quels étaient les résultats de la consultation?*

---



---

10. (Pour les femmes.) Êtes-vous enceinte?

OUI       NON

Si oui, inscrivez le nombre de semaines de la grossesse: \_\_\_\_\_

## SECTION 5 – MIEUX-ÊTRE ET QUALITÉ DE VIE

1. État physique

À quelle fréquence avez-vous ou souffrez-vous de :

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	RÉGULIÈREMENT	CONSTAMMENT
Douleur physique (cou/dos, bras/jambes, etc.)					
Sensations de tension, raideur, manque de flexibilité					
Fatigue, manque d'énergie					
Rhume, grippe					
Maux de tête					
Brûlements d'estomac, indigestion					
Nausée, constipation					
Inconfort menstruel					
Allergies, éruptions cutanées					
Étourdissements, vertiges					
Accidents, chutes, trébuchements					
Facilité de récupérer suite aux blessures					
Respiration difficile ou limitée					

# Maintenant

*soins chiropratiques et holistiques*

## SECTION 5 – MIEUX-ÊTRE ET QUALITÉ DE VIE / SUITE

### 2. État mental/émotif

Répondez selon la fréquence :

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	RÉGULIÈREMENT	CONSTAMMENT
Inquiétude face à une douleur qui est présente					
Présence de sentiments négatifs envers vous-même					
Changements d'humeur brusques, mauvais caractère, colère					
Dépression ou manque d'intérêt					
Réactions exagérées aux stress					
Trop d'inquiétude face aux petites choses					
Sensation vague de peur et d'anxiété					
Concentration et prise de décision difficiles					
Difficulté à dormir ou sommeil dérangé					
Rêves récurrents					

### 3. Évaluation du stress

Évaluez votre niveau de stress par rapport au suivant :

	AUCUN	LÉGÈRE	MODÉRÉ	CONSIDÉRABLE	INTENSE
Famille					
Conjoint					
Santé physique					
Finances					
Vie sexuelle					
Travail ou école					
Gestion de problèmes au quotidien					



# Maintenant

*soins chiropratiques et holistiques*

## SECTION 5 – MIEUX-ÊTRE ET QUALITÉ DE VIE / SUITE

### 4. Appréciation de la vie

Répondez selon la fréquence :

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	RÉGULIÈREMENT	CONSTAMMENT
Écoute de votre intuition ou de votre «guide intérieur»					
Expérience de paix, relaxation, mieux-être					
Sentiments positifs envers vous-même					
Intérêt à maintenir un style de vie sain (alimentation, exercices, etc.)					
Sentiment d'ouverture, de présence et de connexion avec les autres					
Confiance en votre habileté à faire face à l'adversité					
Compassion et acceptation des autres					
Sentiments de joie et de bonheur					
Sentiment de reconnaissance					
Satisfaction de votre vie sexuelle					
Satisfaction de vos loisirs					
Temps consacré aux choses que vous aimez faire					

### 5. Qualité de vie

Comment vous sentez-vous par rapport au suivant :

	MALHEUREUX	INSATISFAIT	NEUTRE	SATISFAIT	HEUREUX
Votre vie personnelle					
Votre mari/femme/conjoint					
Vie romantique					
Emploi					
Collègues de travail					
Le travail que vous faites					
Votre façon de gérer vos problèmes					
Ce que vous accomplissez dans votre vie					
Votre apparence physique					
Votre capacité à vous adapter au changement					
Satisfaction globale de votre vie					