

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?

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 :

Traumatique

Très rapide

Césarienne

Naturelle

Siège

Provoquée

Forceps ou ventouses

À domicile

Cordon autour du cou

À l'hôpital

Prolongée

Maison de naissance

2. Trauma physique général: Chutes

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

Berceau ou poussette

Âge: _____

Jeux dans les parcs

Âge: _____

Les marches

Âge: _____

Ski/snowboard

Âge: _____

Sur la glace

Âge: _____

Autre chutes (décrivez):

Âge: _____

D'un arbre

Âge: _____

3. Trauma physique général

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

Perdu connaissance

Âge: _____

Guerre

Âge: _____

*Travail dentaire ou
d'orthodontie important*

Âge: _____

Utilisé béquilles ou canne

Âge: _____

Combat physique

Âge: _____

Autre (décrivez):

Âge: _____

Fractures ou entorses (décrivez):

Âge: _____

Blessures sportives

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: _____

Maintenant

soins chiropratiques et holistiques

SECTION 5 - HISTORIQUE DE STRESS CHIMIQUE

1. Votre naissance

Quand votre mère était enceinte de vous, est-ce qu'elle a :

Cochez s'il y a lieu :

- ☐ Utilisé des médicaments sous ordonnance
- ☐ Utilisé des médicaments sans ordonnance
- ☐ Fumé des cigarettes
- ☐ Consommé de l'alcool ou des drogues
- ☐ Je ne sais pas

2. Quand elle a accouché, est-ce que votre mère :

Cochez s'il y a lieu :

- ☐ Était consciente
- ☐ Était semi-consciente
- ☐ A perdu connaissance
- ☐ A eu une épidurale
- ☐ A pris des médicaments pour provoquer l'accouchement
- ☐ Je ne sais pas

3. Stress chimique général - Est-ce que vous avez pris ou déjà pris :

Cochez s'il y a lieu :

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| ☐ Médicaments sous ordonnance | ☐ Médicaments sans ordonnance | ☐ Antibiotiques |
| ☐ Autres médicaments ou drogues | ☐ Tabac | |

4. Énumérez les médicaments que vous prenez actuellement et que vous avez déjà pris.

Indiquez combien de temps et la raison pour laquelle vous les avez pris.

5. Avez-vous déjà travaillé avec ou été exposé au suivant :

- | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------|
| ☐ Produits chimiques | ☐ Poussière | ☐ Fumée |
| ☐ Vapeurs | ☐ Poudre | ☐ Autres |

6. Consommez-vous :

- | | |
|---|--|
| ☐ Alcool | ☐ Sucres artificiels |
| ☐ Café | ☐ Boisson gazeuse |
| ☐ Nourriture industrielle | ☐ L'eau du robinet |

SECTION 5 - HISTORIQUE DE STRESS CHIMIQUE / SUITE

7. Décrivez vos habitudes alimentaires?

SECTION 6 - HISTORIQUE DE STRESS ÉMOTIF

1. Après votre naissance, avez-vous été incubé?

☐ OUI

☐ NON

2. Étiez-vous un bébé :

☐ nourri au biberon

☐ allaité

☐ les deux

3. Historique de traumatismes émotionnels

Cochez s'il y a lieu :

	PASSÉ	PRÉSENT	LÉGER	MODÉRÉ	EXTRÊME
Enfance					
Relations personnelles					
Changement de travail / carrière					
École					
Divorce / séparation					
Changement de style de vie					
Loisirs					
Lié au travail					
Déménagement					
Décès d'un proche					
Divorce des parents					
Abus					
Famille					
Finance					
Stress relié à une maladie					

Commentaires :

Maintenant

soins chiropratiques et holistiques

SECTION 7 - PROFILE DE STYLE DE VIE

1. Comment jugez-vous l'état de votre santé mentale?

- ☐ Excellent ☐ Très bon ☐ Acceptable ☐ Pauvre ☐ Améliorant ☐ Empirant

2. Comment jugez-vous votre qualité de vie globale?

- ☐ Excellent ☐ Très bon ☐ Acceptable ☐ Pauvre ☐ Améliorant ☐ Empirant

3. Avez-vous fait d'autres démarches de guérison ou de démarche personnelle?

Cochez s'y a lieu :

- | | |
|---|---|
| ☐ Chiropratique | ☐ Osteopathie |
| ☐ Acupuncture | ☐ Physiothérapie |
| ☐ Massage / travail avec le corps | ☐ Aromathérapie |
| ☐ Homeopathie | ☐ Travail énergétique |
| ☐ Psychothérapie | ☐ Renaissance |
| ☐ Médecine ayurvédique | ☐ Thérapie par le son / lumière |

4. Quels aspects de votre vie appréciez-vous ou vous apportent de la joie ou vous aident à vous sentir bien?

5. Quels éléments de votre expérience de vie (famille, travail, loisirs, blessures antérieures, génétique, régime alimentaire, exercices, attitude, etc.) est-ce que vous pensez vous empêchent de ressentir un bien-être optimal et une bonne santé?

6. Est-ce que vous pratiquez :?

- | | |
|---|---|
| ☐ Exercices - fois par semaine: _____ | ☐ Mouvement / Danse - fois par semaine: _____ |
| ☐ Yoga - fois par semaine: _____ | ☐ Méditation - fois par semaine: _____ |
| ☐ Chi Gong - fois par semaine: _____ | ☐ Prières - fois par semaine: _____ |

7. Si vous prenez des suppléments, remèdes naturelles ou autres, indiquez-les.

8. Qu'est-ce que vous faites pour vous re-centrer quand vous êtes stressé?

Maintenant

soins chiropratiques et holistiques

SECTION 8 – 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					

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					

Maintenant

soins chiropratiques et holistiques

SECTION 8 – MIEUX-ÊTRE ET QUALITÉ DE VIE / SUITE

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					

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					

Maintenant

soins chiropratiques et holistiques

SECTION 8 – MIEUX-ÊTRE ET QUALITÉ DE VIE / SUITE

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					