

# QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL

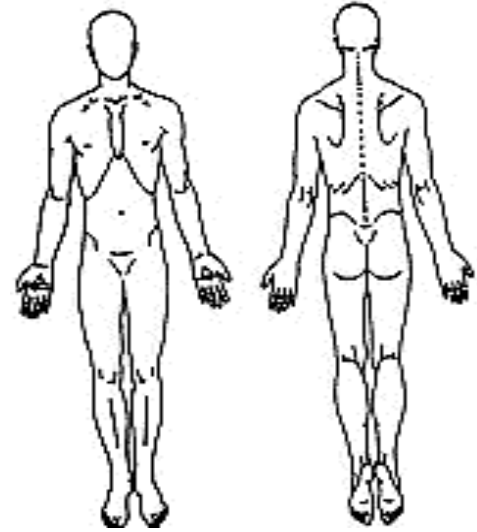
**A** Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe: F M État civil: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_ Téléphone: ( ) \_\_\_\_\_  
Téléphone au bureau: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_  
Occupation: \_\_\_\_\_ Référé par: \_\_\_\_\_

## Motif de consultation

1. Quel est votre motif de consultation *principale*?  
 Prévention  Amélioration de la santé  Problème précis:  
\_\_\_\_\_  
Autres: \_\_\_\_\_
2. Quand est apparu le problème? \_\_\_\_\_
3. Comment est-ce arrivé (cause)? \_\_\_\_\_
4. Est-ce le premier épisode?  Oui  Non, le \_\_\_<sup>e</sup>
5. Décrivez les symptômes associés:  
 aiguë  sourde  brûlure  tension  blocage  fourmillement  
 aiguilles  irradiante  diffuse  élancement  perte de force  
 engourdissements  Autre: \_\_\_\_\_
6. Encerclez l'intensité: (nulle) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très forte)
7. Vos symptômes sont:  Constants  Intermittents (\_\_\_jrs /sem.)  
**Pires:**  Au lever  Le jour  Le soir  La nuit  
**Soulagés par:**  Le repos  Les changements de position  
 La marche  Chaud/Froid  
La position:  Assise  Couchée  Debout  
 La médication: \_\_\_\_\_  
 Autres \_\_\_\_\_
8. Votre condition tend à s'aggraver:  
 Avec le temps  À chaque épisode  
 Avec certains mouvements: \_\_\_\_\_  
 Après certaines activités: \_\_\_\_\_
9. Votre condition vous limite dans quelles activités?  
 Travail  Sommeil  Marche  Sports  Loisirs  
 Gestes de tous les jours: \_\_\_\_\_
10. Cela occasionne :  Diminution d'énergie  Tension, stress accru

## Indiquez les régions affectées sur le schéma

Douleur: XXXXX Engourdissement: ///// Raideurs: -----



- ♦ Avez-vous déjà consulté un autre professionnel pour cette condition ou une condition semblable?  
 Oui: \_\_\_\_\_  Non  
Diagnostic: \_\_\_\_\_  
Résultat obtenu:  Très bon  Amélioration  Aucune/pire
- ♦ Votre cas relève-t-il de la CSST?  Oui  Non
- ♦ Votre cas relève-t-il de la SAAQ?  Oui  Non
- ♦ Quelles activités espérez-vous apprécier davantage lorsque vous aurez regagné une meilleure santé?  
\_\_\_\_\_

## Historique de santé vertébrale

1. Parmi les causes de troubles vertébraux suivants, lesquels avez-vous déjà vécus?  
♦ Accidents d'automobile  Oui  Non  
Date: \_\_\_\_\_  
♦ Chutes accidentelles  Oui  Non  
♦ Efforts excessifs  Oui  Non  
♦ Sports de contact  Oui  Non  
♦ Mouvements répétitifs  Oui  Non  
♦ Mauvaise posture soutenue  Oui  Non
2. Quel est votre niveau de stress?  
 Nul  Bas  Moyen  Haut  Excessif
3. À quand remonte votre dernier examen chiropratique? \_\_\_\_\_
4. Quel était le nom de votre chiropraticien? \_\_\_\_\_
5. Quel type de soins avez-vous reçus?  
 Soulagement  Correction  Prévention
6. Quelles techniques ont été utilisées?  
 Ajustements  Ultrasons, stimulation électrique  Massage
7. Avez-vous eu des radiographies cette année?  
 Oui (quelle partie du corps? \_\_\_\_\_)  Non

## Habitudes de vie

1. Activités physiques?  Oui: \_\_\_\_\_  Non
2. Travail à l'ordinateur/bureau \_\_\_h/jour debout \_\_\_h/jour  
Soulèvement de charges/mouvements répétitifs \_\_\_h/jour
3. Votre poste de travail est-il ergonomique:  Oui  Non
4. Alimentation :  Mauvaise  Passable  Bonne  Exc.
5. Tabagisme: \_\_\_ / jour Alcool: \_\_\_ / semaine  
Thé, café: \_\_\_ / jour Liqueur: \_\_\_ / jour
6. Sommeil:  Réparateur  Non réparateur  
Position:  Ventre  Dos  Côté  
Matelas adéquat:  Oui  Non  
Oreiller orthopédique:  Oui  Non

## Section réservée aux femmes

1. Êtes-vous enceinte?  Oui  Non  Ne sais pas
2. Vos règles :  irrégulières  douloureuses  abondantes
3. Méthode contraceptive: \_\_\_\_\_
4. Êtes-vous en ménopause?  Oui  Non
5. Suivez-vous une hormonothérapie?  Oui  Non
6. Avez-vous remarqué des:  Masses sur les seins  
 Sécrétions vaginales anormales
7. Nombre de grossesses: \_\_\_\_\_ Complications: \_\_\_\_\_

