

Prénom/First Name _____ Nom/Last Name _____ Age _____ Sexe : M F

Adresse _____ Apt. _____ Ville/City _____

Code Postal Code _____ Tel. (Rés-H) _____ Tel. (Bur-O) _____ ext. _____

Tel. cell. _____ Date de Naissance/Date of Birth: **an/yr** _____ **ms/mm** _____ **jr/dd** _____

Occupation _____ Courriel/e-mail _____

Statut Civil/ Marital Status _____ Nom du Conjoint(e) / Spouse's Name _____

Qui vous a recommandé à notre bureau ? Ami(e) / Friend Enseigne / Outside Sign Conjointe(e) / Spouse
Who recommended you to our office? Autre/ Other Nom / Name _____

Avez-vous déjà consulté un Chiropraticien? Oui / Yes Non / No Qui / Who _____
Have you ever seen a chiropractor? Quand / When _____

Avez-vous une assurance qui couvre les soins chiropratiques? Oui / Yes Non / No ?

Do you have insurance that covers chiropractic care?

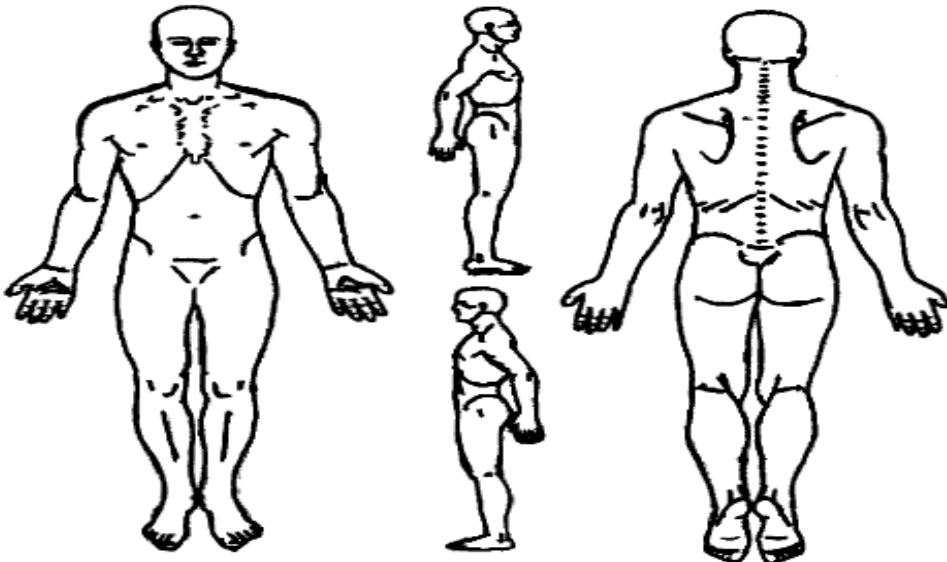
Médecin de Famille / Family Doctor _____ Address _____

Date du dernier examen / Date of Last Physical Examination _____ / _____ / _____

Veillez indiquer, sur le schéma les endroits exacts de vos douleurs.

Please indicate on the drawing, the exact location of your problems.

Numbness / Engourdissement ●●●● Burning / Brûlement xxxxx
Pins + Needles / Picotement **** Stiff + Tight / Raideur 2222
Stabbing-Sharp / Aigue (Couteau) //// Aching / Sourde +++++



Quelle est la raison de votre consultation? Veuillez indiquer vos problèmes de santé par ordre d'importance. _____

What is the reason for your consultation? Please list your health problems in order of importance. _____

Depuis / Since _____

Empirer : Pencher S'Asseoir / Se Lever Tenir Debout Marcher Couche
AM / durant la journée / PM Sans Bouger / Avec Mouvement

Améliorer: Pencher S'Asseoir / Se Lever Tenir Debout Marcher Couche
AM / durant la journée / PM Sans Bouger / Avec Mouvement

Worsen : Bending Sitting / Rising Standing Walking Lying
AM / as the day progresses / PM When Still / on the move

Better: Bending Sitting / Rising Standing Walking Lying

AM / as the day progresses / PM

When Still / on the move

1. Cochez la case qui correspond à la sévérité de votre douleur principale.

DOULEUR HABITUELLE

Pas de Douleur Douleur Extrême

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DOULEUR MAINTENANT

Pas de Douleur Douleur Extrême

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Prenez-vous de médicaments de façon régulière?

Oui Non

Si Oui, lesquels? (Coumadine, Heparin, Plavix, Aspirine, Contre le Hypertension Artérielle etc.)

3. Avez-vous déjà souffert des conditions suivantes :

Anévrisme <input type="checkbox"/>	Ostéoporose <input type="checkbox"/>	Diabète <input type="checkbox"/>
Cancer <input type="checkbox"/>	Migraines <input type="checkbox"/>	Mal de Tête <input type="checkbox"/>
Fatigue <input type="checkbox"/>	Asthme <input type="checkbox"/>	Arthrite <input type="checkbox"/>
Psoriasis <input type="checkbox"/>	Étourdisement <input type="checkbox"/>	Perte de Poids <input type="checkbox"/>
Hypertension <input type="checkbox"/>	Accident Cérébro-Vasculaire <input type="checkbox"/>	
Épilepsie <input type="checkbox"/>	Trouble du Système Nerveux <input type="checkbox"/>	
Goutte <input type="checkbox"/>	Problèmes Respiratoires <input type="checkbox"/>	
Insomnie <input type="checkbox"/>	Problèmes Cardiaques <input type="checkbox"/>	
Dépression <input type="checkbox"/>	Arthrite Rhumatoïde <input type="checkbox"/>	
Convulsions <input type="checkbox"/>	Problèmes de Sinus <input type="checkbox"/>	
Picotement <input type="checkbox"/>	Perte de Conscience <input type="checkbox"/>	

4. Avez-vous déjà subi une fracture? Oui Non

5. Avez-vous déjà été victime d'un accident d'auto?

Oui Non _____

6. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ? Oui Non

7. Fumez-vous présentement? Oui Non

8. Avez-vous déjà fumé? Oui Non Quand _____

9. Avez-vous des allergies? Oui Non Si oui, lesquels _____

10. Avez-vous déjà pris des contraceptions oraux?

Présentement / Antérieurement / Jamais

11. # De Grossesse(s) _____ # D'Enfant(s) _____

1. Check the box that indicates the severity of your main problem.

USUAL LEVEL OF PAIN

No Pain Extreme pain

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PRESENT LEVEL OF PAIN

No Pain Extreme pain

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Are you currently taking any medication on a regular basis? Yes No

If Yes, What: (Coumadine, Heparin, Plavix, Aspirin, Antihypertensive etc.)

3. Have you ever had any of the following conditions:

Aneurysm <input type="checkbox"/>	Osteoporosis <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>
Cancer <input type="checkbox"/>	Migraines <input type="checkbox"/>	Headaches <input type="checkbox"/>
Fatigue <input type="checkbox"/>	Asthma <input type="checkbox"/>	Arthritis <input type="checkbox"/>
Psoriasis <input type="checkbox"/>	Dizziness <input type="checkbox"/>	Weight Loss <input type="checkbox"/>
Hypertension <input type="checkbox"/>	Stroke <input type="checkbox"/>	
Epilepsy <input type="checkbox"/>	Nervous System Disorder <input type="checkbox"/>	
Gout <input type="checkbox"/>	Respiratory Problems <input type="checkbox"/>	
Insomnia <input type="checkbox"/>	Heart Conditions <input type="checkbox"/>	
Depression <input type="checkbox"/>	Rheumatoid Arthritis <input type="checkbox"/>	
Convulsions <input type="checkbox"/>	Sinus Problems <input type="checkbox"/>	
Tingling <input type="checkbox"/>	Loss of Consciousness <input type="checkbox"/>	

4. Have you ever had any fractures? Yes No

5. Have you ever been in a car accident?

Yes No _____

6. Have you ever been hospitalised? Yes No

7. Do you smoke? Yes No

8. Have you smoked in the past? Yes No When _____

9. Do you have any allergies? Yes No If yes, to what _____

10. Have you ever been on birth control pills?

Currently / Previously / Never

11. # Of Pregnancies _____ # Of Children _____

CONSENTEMENT À UN TRAITEMENT CHIROPRACTIQUE

Il est important pour vous de considérer les bienfaits, risques et alternatives aux choix de traitement proposés par votre chiropraticien(ne), de connaître la procédure des traitements proposés et que vous soyez bien informé avant de débiter le traitement, conformément à l'article 43 du *Code de déontologie des chiropraticiens*.

Le traitement chiropratique peut comprendre l'ajustement, la manipulation et la mobilisation de la colonne vertébrale et des autres articulations du corps, des techniques de relâchement des tissus mous (muscles et autres tissus de soutien) et d'autres modalités de traitement telles que l'électrothérapie ou la thérapie au laser et la prescription d'exercices.

Bienfaits

Le traitement chiropratique a été démontré efficace pour différentes problématiques affectant le cou, le dos et autres régions du corps qui sont causés par une dysfonction des nerfs, des muscles, des articulations et des autres tissus connexes. Le traitement prodigué par votre chiropraticien(ne) peut soulager la douleur, y compris les maux de tête, les engourdissements ou autres sensations anormales, la raideur musculaire et les spasmes. Le traitement chiropratique peut aussi augmenter la mobilité, améliorer le fonctionnement des articulations, des muscles et du système nerveux ainsi que réduire ou éliminer le besoin de médicaments ou de chirurgie.

Risques

Les risques associés au traitement chiropratique varient selon la condition de chaque patient, la partie du corps traitée et le type de traitement prodigué.

Les risques incluent:

- **Aggravation temporaire des symptômes** – En général, toute augmentation de symptômes préexistants, de douleur ou de raideur ne durera que de quelques heures à quelques jours.
- **Irritation cutanée ou brûlure** – Les irritations cutanées ou les brûlures peuvent résulter de l'utilisation de certains appareils d'électrothérapie ou de laser. Une irritation cutanée devrait disparaître rapidement. Une brûlure peut laisser une cicatrice permanente.
- **Élongation musculaire ou ligamentaire** – Normalement, une élongation musculaire ou ligamentaire guérira en quelques jours ou quelques semaines avec un peu de repos, une protection de la partie affectée et d'autres soins mineurs.
- **Fracture d'une côte** – Une côte fracturée est douloureuse et peut limiter vos activités pendant un certain temps. Ce problème guérit généralement de lui-même en quelques semaines, sans nécessiter de traitement ou d'intervention chirurgicale.
- **Blessure ou aggravation d'un problème discal** – Au fil du temps, les disques de la colonne vertébrale peuvent subir une dégénérescence ou être endommagés. La dégénérescence est causée par le vieillissement, tandis que les dommages peuvent résulter de gestes quotidiens courants, tels que se pencher ou soulever un objet. Les patients ayant déjà un disque endommagé ou affecté par la dégénérescence n'ont pas forcément de symptômes. Ils peuvent même ne pas savoir qu'ils ont un problème discal. Ils peuvent aussi ne pas savoir que leur état s'aggrave parce que leurs problèmes au dos ou au cou ne sont pas très fréquents.

Le traitement chiropratique ne devrait pas causer de dommages à un disque qui n'est pas endommagé ou affecté par la dégénérescence. Le traitement pourrait toutefois aggraver un problème préexistant, au même titre que toute autre activité de la vie quotidienne. Les conséquences d'une blessure à un disque ou de l'aggravation d'un problème préexistant varieront pour chaque patient. Dans les cas les plus graves, les symptômes du patient peuvent inclure la perte de mobilité du dos ou du cou, des engourdissements dans les jambes ou les bras, des troubles des fonctions intestinales ou urinaires ou des troubles de la mobilité des jambes ou des bras. Une intervention chirurgicale pourrait être nécessaire.

- **ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC)** – Bien que les données médicales et scientifiques actuelles ne permettent pas d'établir que le traitement chiropratique puisse causer des dommages à une artère ou un AVC, dans de rares cas, un traitement chiropratique a été associé à un AVC. Toutefois, ces cas peuvent s'expliquer par la présence d'une artère déjà endommagée ou le fait que le patient progressait vers un AVC au moment où il a consulté un chiropraticien.

Plusieurs activités de la vie quotidienne impliquant des mouvements banals du cou ont aussi été associées à des AVC. Ceux-ci résultent d'une artère endommagée dans le cou ou d'un caillot déjà présent dans l'artère, qui se détache et qui monte vers le cerveau.

Le sang arrive au cerveau par deux groupes d'artères qui passent par le cou. Le vieillissement, la maladie ou une blessure peuvent affaiblir ou endommager ces artères. Un caillot sanguin peut se former dans une artère endommagée. Le caillot, en entier ou en partie, peut se détacher de la paroi de l'artère et monter vers le cerveau, où il peut interrompre le flux sanguin et provoquer un AVC.

Les conséquences d'un AVC peuvent être très graves, y compris des troubles importants de la vue, du langage, de l'équilibre et des fonctions cérébrales, ainsi que la paralysie ou la mort.

Choix alternatifs

Les choix alternatifs au traitement chiropratique peuvent inclure la consultation d'autres professionnels de la santé. Votre chiropraticien(ne) peut aussi recommander une période de repos sans traitement ou des exercices avec ou sans traitement.

Questions ou inquiétudes

Nous vous encourageons à poser des questions, en tout temps, sur votre évaluation et votre traitement. N'hésitez pas à mentionner à votre chiropraticien(ne) toute inquiétude que vous pourriez avoir. Si vous ne vous sentez pas à l'aise, vous pouvez interrompre le traitement en tout temps.

Votre santé vous concerne, soyez-en responsable. Avisez sans délai votre chiropraticien(ne) de tout changement de votre état de santé.

NE SIGNEZ PAS CE FORMULAIRE AVANT D'AVOIR RENCONTRÉ VOTRE CHIROPRACTICIEN(NE)

Je reconnais avoir discuté de mon état de santé et avoir été informé(e) de la nature du problème à traiter par mon (ma) chiropraticien(ne), de la procédure des traitements qu'il (elle) me propose ainsi que de ses bienfaits potentiels et de ses risques.

Je déclare avoir été informé d'alternatives aux traitements proposés.

Je déclare avoir reçu les informations et explications nécessaires pour donner un consentement libre et éclairé aux traitements proposés par mon (ma) chiropraticien(ne).

Je déclare avoir été informé(e) que je peux en tout temps révoquer mon consentement et que tout changement significatif dans le plan de traitement qui m'est proposé sera soumis à un consentement distinct de ma part.

Nom complet du patient en lettres moulées

Signature du patient (ou du tuteur)

Date de naissance du patient

Nom complet du (de la) chiropraticien(ne) en lettres moulées

Signature du (de la) chiropraticien(ne)

Date

**JE COMPRENDS QU'IL FAUT DONNER AU MOINS 24 HEURES D'AVIS EN CAS D'ANNULATION
SI NON IL Y AURA UNE PÉNALITÉ POUR LE MONTANT DU TRAITEMENT.**

Je consens de recevoir des messages électroniques accordent la loi canadienne anti-pourriel (LCAP).