



---

Avez-vous ou consultez-vous présentement? (Cochez tout ce qui s'applique à vous)

- Médecin                       Naturopathe                       Acupuncture                       Homéopathe  
 Massage thérapeutique       Psychothérapeute       Guérisseur énergétique       Dentiste

Si oui, pourquoi: \_\_\_\_\_

---

### *FEMMES SEULEMENTS*

Êtes-vous enceinte?    O    N    Date des dernières menstruations: \_\_\_\_\_

Apposez votre signature pour autoriser la prise de radiographies.

Signature et date: \_\_\_\_\_

Quelle est la date prévue? \_\_\_\_\_ Nom de votre obstétricien(ne) ou sage femme \_\_\_\_\_

Où comptez-vous donner naissance à votre enfant?    Hôpital    Domicile    Centre de naissance

Autre \_\_\_\_\_

## SANTÉ, MIEUX ÊTRE, ET SOINS CHIROPRATIQUE

Le corps humain est fait pour être en santé. Le système principal du corps qui contrôle et coordonne la santé est le SYSTÈME NERVEUX. Les vertèbres, (os de la colonne) entourent et protègent le SYSTÈME NERVEUX délicat.

Les stress physique, chimique, et émotionnels, typique dans nos vies contemporaines, peuvent aboutir en désalignements de la colonne vertébrale et endommager les nerfs. Le résultat est une condition nommée la SUBLUXATION VERTÉBRALE. L'examen chiropratique décèle la présence de subluxations dans votre colonne vertébrale.

SVP notez attentivement votre historique de "stress" afin qu'on puisse évaluer la relation entre celui-ci et votre état de santé actuel et vos résultats d'examen. Nous allons en discuter l'or de la consultation.

### *HISTORIQUE DES STRESS PHYSIQUES (de la naissance à aujourd'hui)*

**Le processus de naissance peut blesser la colonne du bébé et endommager son système nerveux. SVP indiquez aux meilleurs de vos souvenirs comment c'est déroulé votre naissance.** (Cochez tout ce qui s'applique à vous) **Si vous ne savez pas passez à la question suivante.**

- Domicile     Naturel                       Hôpital                       Césarienne                       Forceps  
 Siège         Cordons autour du cou     Travail long                       Provoqué par médicaments     Succions

**Les informations suivantes sont nécessaires pour comprendre les types de stress PHYSIQUES que vous avez subi et comment ils ont affecté votre santé.**

Avez-vous eu un ou plusieurs accidents dans les activités suivantes. (Cochez tout ce qui s'applique à vous)

- Automobile                       Motocyclette                       Bicyclette                       Sports                       Terrain de jeu                       Abus

Si oui, expliquez quand et comment ? : \_\_\_\_\_

---

Avez-vous déjà blessé votre colonne vertébrale, (tête, cou, côtes/poitrine, dos, bassin ou hanches)?    O    N

Si oui, expliquez quand et comment ? : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà fracturé un os ou fait une entorse?      O      N

Si oui, expliquez quand et comment ? : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été hospitalisé ?      Y      N

Si oui, expliquez quand et comment ? : \_\_\_\_\_

## **HISTORIQUE DE STRESS CHIMIQUE**

**Le stress chimique se produit lorsque une substance toxique pour le corps est respiré, consommé, injecté, ou place sur la peau, (e.x.: allergies alimentaire, réactions aux médicaments, produits chimiques dans l'air, etc.) De la naissance à maintenant... (Le stress chimique est cumulatif)**

Avez-vous été vacciné?      O      N      Si oui, avez-vous eu une réaction?      O      N

Avez-vous été exposé aux produits suivants régulièrement, (passé ou présent)?

Produits chimiques     Drogues (prescrites ou non)     Fumée secondaire       Autre

Si oui, veuillez expliquer: \_\_\_\_\_

Avez-vous des allergies aux aliments?    O      N      **Si oui, décrivez les:** \_\_\_\_\_

En ce moment consommez-vous?

Café/caféine       Alcool       Tabac       Médication non prescrite       Médication prescrite

SVP énumérez tout les médicaments (prescrits ou en vente libre): \_\_\_\_\_

***N.B.: Il est essentiel de ne pas omettre de médicaments car ils peuvent avoir une influence sur vos soins.***

## **HISTORIQUE DU STRESS ÉMOTIONNEL**

**Il est difficile de séparer le stress émotionnel de notre vie de la réaction physiologique et physique qui se produit. Indiquez les stress émotifs que vous avez vécus ci-dessous:**

Trauma en enfance      O    N      Perte d'un être cher      O    N      Abus      O    N

Travail ou études      O    N      Divorce/séparation      O    N      Financier      O    N

Changement de style de vie    O    N      Divorce des Parents      O    N      Maladie      O    N

## **QUALITÉ DE VIE**

Comment évaluez-vous votre santé physique?       Bonne       Moyenne       Mauvaise

Comment évaluez-vous votre santé mentale/émotionnelle?     Bonne       Moyenne       Mauvaise

Comment évaluez-vous votre qualité de vie en général?  Bonne  Moyenne  Mauvaise

### *VOS ATTENTES*

En suivant des soins Chiropratiques j'aimerais: (Cochez tout ce qui s'applique à vous)

- Me sentir mieux rapidement  Avoir un système nerveux plus en santé  
 Avoir une colonne vertébrale plus en santé  Avoir une santé optimale sur tous les plans

### *ENTENTE FINANCIÈRE*

Le paiement complet est du lors de la PREMIÈRE VISITE. Tout autre frais doit être acquitté au complet lorsque le service est rendu, à moins qu'il y ait une entente signée entre les deux parties.

SVP indiquez votre mode de paiement.  Argent  Chèque  Crédit/débit

Les montants couverts par les assurances varient beaucoup. Nous ne pouvons pas prévoir si vos assurances vont couvrir nos services. SVP vérifiez avec votre assureur vos dates de couvertures ainsi que votre montant maximal de couverture annuel avant notre première rencontre.

Si vous avez des assurances qui couvrent des soins Chiropratiques SVP indiquez ici:

- Group Ins.  SAAQ  CSST

Nom de votre compagnie d'assurances:

---

Si vous nous consultez à la suite d'un accident d'automobile indiquez si:

Vous avez été soigné ailleurs?  Salle d'urgence  Medecin de famille  Autre

Quels types de soins vous avez reçu?  IRM  Rayons X  Médication  Physio  Autre

*Je certifie que toutes les informations que j'ai inscrites sont justes et véridiques au meilleur de mes connaissances. Je donne la permission aux Docteurs du Centre Chiropratique Santé Plus de me prodiguer tout les soins nécessaires aujourd'hui. La rencontre d'aujourd'hui comprend: l'histoire de cas, consultation, examen Chiropratique, et les soins cliniquement nécessaire consenti par moi.*

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du parent/gardien (si moins de 18 ans): \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

***Merci d'avoir Choisi le Centre Chiropratique Santé Plus.  
Il nous fait plaisir de vous aider à retrouver votre santé optimale.***

---