

Formulaire d'ouverture de dossier

Informations générales

Date :

Prénom : Nom : Sexe : F M

Adresse :

Ville : Province : Code postal :

Téléphone (domicile) : Date de naissance:

Téléphone (travail) :

Téléphone (cellulaire): Courriel :

Téléphone en cas d'urgence :

Nom de la personne à contacter : Relation :

Qui vous a référé au Centre Kiro Spécifik ?

J'ai été référé par (nom de la personne):

Je vous ai vu dans les Pages Jaunes

Je vous ai lu dans un journal. Lequel ?

Autre :

Problèmes de santé actuels

Vue

Myopie

Presbytie

Vue embrouillée

Toucher/sensations

Engourdissements

Étourdissements

Ne sent plus un membre

Tremblements

Digestion

Ballonnements/gaz

Diarrhée

Constipation

Perte/gain de poids

Reflux d'estomac

Ulcères

Coeur/veines/artères

Basse pression

Douleurs cardiaques

Évanouissements

Haute pression

Membres enflés

S'essoufle vite

Varices

Ouïe

Acouphènes

Surdité

Poumons/nez

Allergies

Asthme

Rhumes fréquents

Sinusite

Toux fréquente

Hormones

Diabète

Hypoglycémie

Problèmes de thyroïde

Autres problèmes hormonaux

Peau

Démangeaisons

Éruptions/rougeurs

Extrémités froides/moites

Saignements de nez

Muscles/squelette

Maux de tête/migraines

Maux de bras/jambes

Maux de cou/dos

Maux de mains/pieds

Système reproductif

Douleurs aux testicules

Troubles d'érection

Troubles de prostate

Flux abondant

Douleurs menstruelles

Pré-ménopause difficile

Système urinaire

Pierres aux reins

Envie fréquente d'uriner

Bien-être

Dépression

Fatigue

Insomnie

Irritabilité

Section réservée aux femmes

Absence de menstruations

Ménopausée

Depuis

Veillez initialement

Je suis enceinte

Je ne suis pas enceinte

Historiques des traumatismes

Veillez prendre en compte TOUS les accidents, chocs, chutes, blessures que vous avez eu dans votre vie, spécialement ceux dans votre enfance.

		Aucun (0)	Rares (1-2)	Quelques (3-5)	Plusieurs (6+)
5 km/h et +	Accrochages automobiles sans blessure apparente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Accidents automobiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blessures sportives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blessures au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chutes sur la tête ou le corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coups reçus, bagarres, violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Etes-vous né(e) par césarienne ?	Oui <input type="checkbox"/>			

Détails

Objectif de consultation

- Soulagement
- Correction du problème
- Prévenir que le problème revienne

Veillez décrire brièvement vos objectifs en consultant à notre clinique.

Raison de consultation

Veillez décrire brièvement les raisons qui vous amènent à nous consulter

Condition 1 : _____

Condition 2 : _____

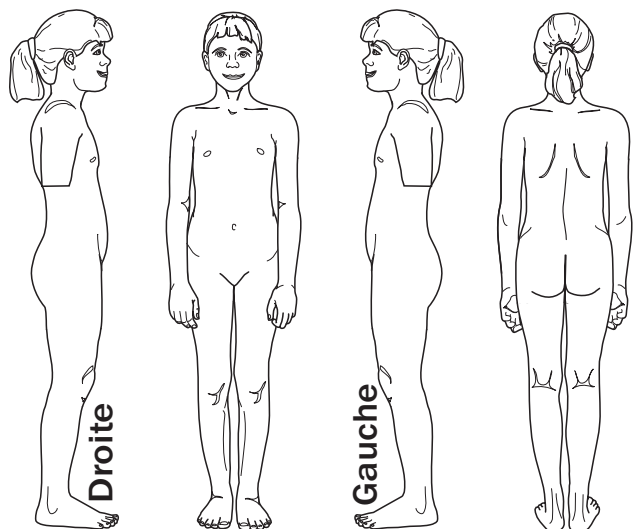
Condition 3 : _____

Condition 4 : _____

Condition 5 : _____

Notes réservées au docteur

Veillez indiquer sur le diagramme les endroits où vous ressentez de la douleur ou des inconforts



Historique des maladies

Maladies d'enfance

- Coqueluche
- Oreillons
- Rougeole
- Scarlatine
- Varicelle

Maladies chroniques

- Arthrite rhumatoïde
- Emphysème
- Épilepsie
- Fibromyalgie
- Goître
- Goutte
- Hépatite
- Hernie discale
- Ostéoporose
- Parkinson
- Sclérose en plaques
- Syn. de fatigue chron.
- _____
- _____

Troubles psychologiques

- Alcoolisme
- Anorexie/boulimie
- Dépendance aux drogues
- Soins psychiatriques
- Tentative de suicide
- _____
- _____

Cancer

- Intestin
- Ovaire
- Peau
- Prostate
- Poumon
- Sein
- Utérus

Année de diagnostic

Traitement :

Maladies infectieuses

- Choléra
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde
- Malaria
- SIDA/VIH
- Tuberculose
- _____
- _____

Anomalies sanguines

- Cholestérol élevé
- Anémie
- _____
- _____

Historique des hospitalisations

Événements

- Crise cardiaque
- Crise d'angine
- Accident cérébro-vasculaire (ACV)
- Accidents graves

Opérations ou autre hospitalisation

Année

Habitudes de vie

	Jamais à Rarement	Occasionnel	Fréquent	Souvent
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café/Thé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malbouffe (fast food)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sommeil

- 0-3 heures/nuit
- 4-6 heures/nuit
- 7-9 heures/nuit
- + de 10 h/nuit
- Dort sur le dos
- Dort sur le ventre
- Dort sur le côté

Exercice

- Aucun
- Occasionnel
- Fréquent
- Quotidien
- Intense

Travail

- A la maison
- De bureau
- Répétitif
- Très physique

Métier/profession pratiqué le plus longtemps dans votre vie:

Médicaments pris présentement

- Ne prends pas de médicaments
- Anti-inflammatoires
- Anti-douleurs
- Relaxants musculaires
- Hormones/Pilule contraceptive
- Pression artérielle
- Thyroïde
- Autres (indiquer dans détails)
- Antibiotiques
- Cholestérol
- Antidépresseurs
- Anxiolytiques
- Asthme
- Somnifères

Détails des médicaments

Examens de santé

	Moins de 6 mois	6 mois à 1 an	1 an à 2 ans	Plus de 2 ans	Jamais
Examen chiropratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen radiologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen des yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom de votre médecin : _____

Clinique : _____ Ville : _____

Nom de votre dernier chiro : _____

Clinique : _____ Ville : _____

Dernier ajustement : _____ Suivi pendant : _____

Nom de votre dentiste : _____

Clinique : _____ Ville : _____

Consentement pour les soins chiropratiques

Les renseignements que vous êtes appelés à fournir à votre docteur en chiropratique concernant votre état de santé et vos antécédants familiaux et personnels sont de grande importance. Ceux-ci servent à déterminer toute contre-indication qui s'appliquerait dans votre cas. Ces renseignements doivent donc être complets et exacts, au meilleur de votre connaissance.

Nous recueillerons des informations de façon anonyme sur votre condition et votre progression relativement aux services reçus à cette clinique. Ces informations seront utilisées afin de contribuer à la recherche scientifique, ainsi qu'à optimiser la qualité des services que vous recevez dans cet établissement. Vos nom, adresse ou toute autre donnée susceptible de vous identifier ou localiser sont gardés strictement confidentiels et ne sont disponibles que dans cette clinique.

Comme dans tout traitement dans le domaine de la santé, il y a une possibilité de certains risques reliés aux traitements pouvant varier de la courbature musculaire jusqu'à des situations excessivement rares de complications cérébro-vasculaires lors de l'ajustement du rachis cervical. En tout temps, votre chiropraticien(ne) pourra répondre à toute question que vous pourriez avoir concernant les ajustements chiropratiques. Ceci vous permettra de prendre une décision éclairée quant à votre choix de recevoir les traitements prescrits par votre docteur en chiropratique.

Statistiques comparant les complications de traitements médicaux et chiropratiques :

Médicaments anti-inflammatoires:	Décès : 100/million	Complications : 1000/million
Chirurgies pour douleurs cervicales:	Décès : 6900/million	Complications : 15600/million
Ajustements chiropratiques:	Décès : Aucun au Québec	Complications : 0.18/million

Je reconnais avoir lu et compris ce consentement sur les soins chiropratiques.

X

Signature: _____ Date: _____

Signature du parent: _____ (Dans le cas d'un jeune de moins de 14 ans)

Paiements

Les radiographies, les examens et les soins chiropratiques sont payables à chaque visite, à moins d'avoir convenu d'une entente de pré-paiement au cours des soins.

Selon la loi sur la chiropratique, les radiographies doivent être conservées par le chiropraticien.

Déclaration

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes, je consens à passer les examens que le docteur jugera nécessaires.

X

Signature: _____ Date: _____