



## QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION

Date : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Votre âge : \_\_\_\_\_ ans Sexe :  H  F Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone (résidence) : \_\_\_\_\_

Téléphone (bureau) : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Je souhaite recevoir votre infolettre.  Je ne souhaite pas recevoir votre infolettre.

**VEUILLEZ NOTER QUE VOUS POUVEZ EN TOUT TEMPS SIGNIFIER VOTRE DÉSIER DE NE PLUS RECEVOIR L'INFOLETTRE.**

Je suis référé(e) ici par :  Mon médecin. Son nom : \_\_\_\_\_

Mon chiropraticien. Son nom : \_\_\_\_\_

Mon thérapeute. Son nom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Un patient. Son nom : \_\_\_\_\_

Recherche sur internet  Pages Jaunes

Une publicité. Laquelle : \_\_\_\_\_

Autre. SVP précisez : \_\_\_\_\_

### **S.V.P.**

Afin de nous aider à mieux vous servir, établir le bon diagnostic et nous permettre de déterminer si nous sommes en mesure de vous aider, veuillez remplir ce questionnaire avec le plus d'attention et de minutie possible. Si vous avez besoin d'aide, n'hésitez pas à demander l'assistance de nos adjointes.

**Merci de votre collaboration !**

Taille : \_\_\_\_\_ pi/m Poids : \_\_\_\_\_ lbs/kg

### **1. Quelle est la raison principale de votre visite ?**

Prévention [passez à la question #34 (femme) ou # 40 (homme)]

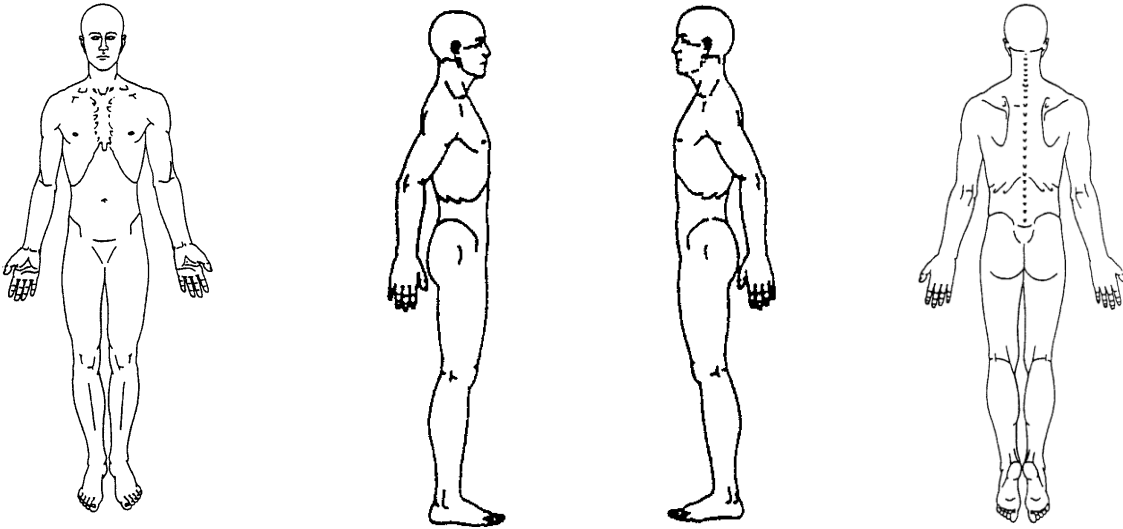
J'ai un problème pour lequel je désire trouver une solution.

### **2. Quel est le PROBLÈME PRINCIPAL pour lequel vous nous consultez?**

*\* Vous pourrez décrire un deuxième problème aux questions #18 à 33*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. S'il s'agit d'une douleur, veuillez localiser sur les dessins ici-bas son emplacement :



4. Qu'est-ce qui a déclenché le problème ?

- Je ne sais pas, c'est apparu sans raison particulière  
 Un accident  Une chute  Une mauvaise posture  Un traumatisme  Un stress important  Autres

Expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Depuis combien de temps ressentez-vous ce problème ?

\_\_\_\_\_

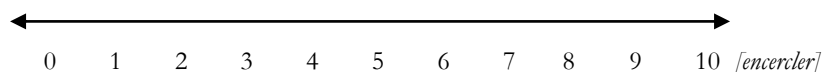
6. Avez-vous déjà ressenti ce problème auparavant ?

- Non, c'est la 1<sup>ère</sup> fois de ma vie que je ressens ce problème.  
 Oui, j'ai déjà ressenti plusieurs fois ce problème au cours des \_\_\_\_\_ dernier(e)s mois / années **[encercler]**  
 Oui, j'ai déjà eu ce problème, il y a \_\_\_\_\_ mois/années mais il était complètement disparu.

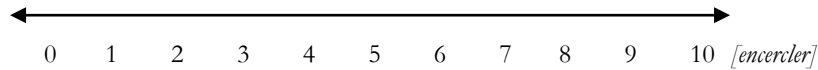
7. Ce problème est ressenti... **COMPLÉTEZ LA PHRASE S'APPLIQUANT LE MIEUX À VOTRE SITUATION**

- Est ressenti de façon constante (tous les jours, presque sans arrêt).  
 Est ressenti de façon régulière, environ \_\_\_\_\_ fois par jour/semaine/mois **[encercler]**  
 Se manifeste par crise, environ \_\_\_\_\_ fois par semaine/mois/année et les crises durent environ \_\_\_\_\_ jours / semaines.

8. Actuellement (au cours des derniers jours), quelle est l'intensité de votre problème ?  
(0 étant aucun symptôme et 10 la pire intensité jamais ressentie)



9. Quelle est l'intensité de votre problème lorsqu'il est au pire ?



10. S'il s'agit d'une douleur, comment la décririez-vous ?

- |                                                                             |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lancinante ( <i>douleur de fond qui persiste</i> ) | <input type="checkbox"/> Pulsative            |
| <input type="checkbox"/> Élançement                                         | <input type="checkbox"/> Sensation de brûlure |
| <input type="checkbox"/> Sensation de chocs électriques                     | <input type="checkbox"/> Engourdissements     |
| <input type="checkbox"/> Gonflement                                         | <input type="checkbox"/> Raideur              |
| <input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire                               | <input type="checkbox"/> Autre : _____        |

11. Qu'est-ce qui AGGRAVE le problème ? (*plus d'une réponse est possible*)

➤ À CERTAINS MOMENTS DE LA JOURNÉE :

- au levé       en avant-midi       en après-midi       en soirée       la nuit

➤ LORS DE CERTAINS MOUVEMENTS / POSITIONS :

- La station assise       La station debout       Marcher  
 Le mouvement de la région affectée       Me pencher       Passer de assis à debout  
 La position couchée sur le côté droit / gauche / sur le dos / sur le ventre [encercler]  
 Autre : \_\_\_\_\_

➤ AUTRES FACTEURS :

- Le froid       La chaleur       La température (la météo)  
 Le stress       La fatigue       Mon travail  
 Certains aliments       L'alcool       Lorsque je saute des repas  
 Le contact avec certains allergènes. Lesquels : \_\_\_\_\_  
 Autre : \_\_\_\_\_

12. Quelles méthodes avez-vous essayées (autres que la médication) pour vous aider ?

- |                                                      |                                            |                                                        |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Je n'ai rien essayé         | <input type="checkbox"/> Acupuncture       | <input type="checkbox"/> Chiropratique                 |
| <input type="checkbox"/> Massages                    | <input type="checkbox"/> Physiothérapie    | <input type="checkbox"/> Activité physique             |
| <input type="checkbox"/> Repos                       | <input type="checkbox"/> Crème analgésique | <input type="checkbox"/> Stimulation électrique (TENS) |
| <input type="checkbox"/> Chaleur (compresse ou bain) | <input type="checkbox"/> Glace             | <input type="checkbox"/> Modifications alimentaires    |
| <input type="checkbox"/> Changement de posture       | <input type="checkbox"/> Produits naturels | <input type="checkbox"/> Autre : _____                 |

13. Prenez-vous un médicament prescrit ou en vente libre pour le problème pour lequel vous consultez ?

<u>Nom du médicament</u>	<u>Dosage quotidien (mg)</u>	<u>Date du début</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**14. Quel professionnel avez-vous consulté avant de venir à notre clinique ?**

- Mon médecin de famille. Son nom : \_\_\_\_\_
- Un médecin à l'hôpital. Son nom : \_\_\_\_\_
- Un chiropraticien. Son nom : \_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_
- Je n'ai pas consulté [passez à la question # 18]

**15. Quels sont les tests qu'il a faits afin d'établir son diagnostic ?**

- |                                                  |                                                    |                                                 |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun test n'a été fait | <input type="checkbox"/> Radiographies             | <input type="checkbox"/> Électrocardiogramme    |
| <input type="checkbox"/> Tests sanguins          | <input type="checkbox"/> Tomographie axiale (TACO) | <input type="checkbox"/> Électroencéphalogramme |
| <input type="checkbox"/> Test d'urine            | <input type="checkbox"/> Résonance magnétique      | <input type="checkbox"/> Autre : _____          |

**16. Quel a été le diagnostic ?**

\_\_\_\_\_  Je ne me souviens pas  Il ne me l'a pas dit

**17. Que vous a-t-il prescrit ? (plus d'une réponse est possible)**

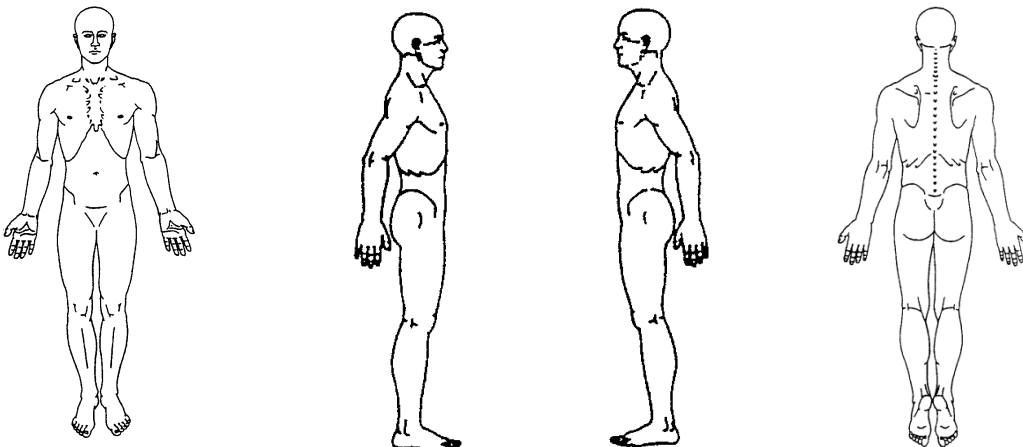
- Du repos
- Des exercices
- Des anti-inflammatoires
- Des analgésiques
- Des médicaments « pour les nerfs ». Lesquels : \_\_\_\_\_
- Il m'a référé en physiothérapie
- Il m'a référé à un spécialiste. Quelle spécialité ? \_\_\_\_\_
- Il m'a retourné à la maison sans rien me prescrire

**18. Y a-t-il un autre problème qui vous dérange (autre que le problème décrit précédemment) ?**

- Non [passez à la question #34 (femme) ou # 40 (homme)]
- Oui. Lequel : \_\_\_\_\_

**PROBLÈME SECONDAIRE**

**19. S'il s'agit d'une douleur, veuillez localiser sur les dessins ici-bas son emplacement :**



*suivante...*

**20. Qu'est-ce qui a déclenché le problème ?**

- Je ne sais pas, c'est apparu sans raison particulière  
 Un accident  Une chute  Une mauvaise posture  Un traumatisme  Un stress important  Autres

Expliquez : \_\_\_\_\_

---

**21. Depuis combien de temps ressentez-vous ce problème ?**

---

**22. Avez-vous déjà ressenti ce problème auparavant ?**

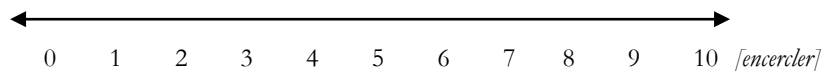
- Non, c'est la 1<sup>ère</sup> fois de ma vie que je ressens ce problème.  
 Oui, j'ai déjà ressenti plusieurs fois ce problème au cours des \_\_\_\_\_ dernier(e)s mois / années [encercler]  
 Oui, j'ai déjà eu ce problème, il y a \_\_\_\_\_ mois/années mais il était complètement disparu.

**23. Ce problème est ressenti... COMPLÉTEZ LA PHRASE S'APPLIQUANT LE MIEUX À VOTRE SITUATION**

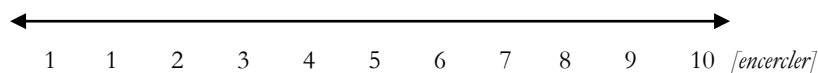
- Est ressenti de façon constante (tous les jours, presque sans arrêt).  
 Est ressenti de façon régulière, environ \_\_\_\_\_ fois par jour/semaine/mois [encercler]  
 Se manifeste par crise, environ \_\_\_\_\_ fois par semaine/mois/année et les crises durent environ \_\_\_\_\_ jours / semaines.

**24. Actuellement (au cours des derniers jours), quelle est l'intensité de votre problème ?**

(0 étant aucun symptôme et 10 la pire intensité jamais ressentie)



**25. Quelle est l'intensité de votre problème lorsqu'il est au pire ?**



**26. S'il s'agit d'une douleur, comment la décririez-vous ?**

- |                                                                             |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lancinante ( <i>douleur de fond qui persiste</i> ) | <input type="checkbox"/> Pulsative            |
| <input type="checkbox"/> Élançement                                         | <input type="checkbox"/> Sensation de brûlure |
| <input type="checkbox"/> Sensation de chocs électriques                     | <input type="checkbox"/> Engourdissements     |
| <input type="checkbox"/> Gonflement                                         | <input type="checkbox"/> Raideur              |
| <input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire                               | <input type="checkbox"/> Autre : _____        |

**27. Qu'est-ce qui AGGRAVE le problème ? (plus d'une réponse est possible)**

➤ À CERTAINS MOMENTS DE LA JOURNÉE :

- au levé  en avant-midi  en après-midi  en soirée  la nuit



33. **Que vous a-t-il prescrit ?** (*plus d'une réponse est possible*)

- Du repos
- Des exercices
- Des anti-inflammatoires
- Des analgésiques
- Des médicaments « pour les nerfs ». Lesquels : \_\_\_\_\_
- Il m'a référé en physiothérapie
- Il m'a référé à un spécialiste. Quelle spécialité ? \_\_\_\_\_
- Il m'a retourné à la maison sans rien me prescrire

### **Pour Femmes Seulement**

**Messieurs, poursuivez à la question # 40**

34. **Associez-vous vos problèmes à votre cycle menstruel ?**

- Oui                       Non

35. **Prenez-vous des hormones synthétiques (anovulants ou hormones de remplacement pour les troubles de ménopause) ?**

- Oui                       Non

36. **Associez-vous vos problèmes à la prise d'hormones synthétiques (anovulants ou hormones de remplacement pour les troubles de ménopause) ?**

- Oui                       Non

37. **Combien de fois avez-vous été enceinte ?** [*encercler*]

0   1   2   3   4   5   6

38. **Combien d'accouchements ?** [*encercler*]

0   1   2   3   4   5   6

39. **Quelle(s) intervention(s) chirurgicale(s) avez-vous déjà subie(s) ?**

- |                                                                     |                        |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Césarienne                                 | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Péridurale                                 | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Hystérectomie partielle (utérus seulement) | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Hystérectomie complète (utérus & ovaires)  | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Avortement (thérapeutique ou volontaire)   | En quelle année? _____ |

## Historique

### 40. Comment s'est déroulée votre naissance ?

- Je ne sais pas
- Naissance naturelle
- Naissance par césarienne
- Ma mère a accouché sous anesthésie
- J'ai été extirpé sans aide extérieure
- J'ai été extirpé à l'aide d'une traction manuelle sur ma tête
- J'ai été extirpé à l'aide de forceps
- J'ai été extirpé à l'aide d'une ventouse

### 41. Avez-vous pratiqué, avant l'âge de 16 ans, des sports de contact ?

- Non  Oui. Lequel ou lesquels : \_\_\_\_\_

### 42. Avez-vous pratiqué, après l'âge de 16 ans, des sports de contact ?

- Non  Oui. Lequel ou lesquels : \_\_\_\_\_

### 43. Pratiquez-vous actuellement un (ou des) sports de contact ?

- Non  Oui. Lequel ou lesquels : \_\_\_\_\_

Depuis quand : \_\_\_\_\_ Nombre de séance par semaine : \_\_\_\_\_ Nombre d'heure par séance : \_\_\_\_\_

Pratiquer vous d'autres activités physiques? Lesquelles : \_\_\_\_\_

### 44. Quels traumatismes (même mineurs) avez-vous subis depuis votre naissance ?

- Chute d'une hauteur de plus de 3 pieds (1 mètre) avant l'âge de 1 an (bassinette, chaise haute, etc.)
- Chute d'une hauteur de plus de 3 pieds (1 mètre) : \_\_\_\_\_ à quel âge ? \_\_\_\_\_
- Commotion cérébrale : \_\_\_\_\_ à quel âge ? \_\_\_\_\_
- Blessures de sport : \_\_\_\_\_ à quel âge ? \_\_\_\_\_
- Blessures au travail : \_\_\_\_\_ année ? \_\_\_\_\_
- Accident d'auto, décrivez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ année ? \_\_\_\_\_

### 45. Avez-vous déjà été diagnostiqué pour une des maladies suivantes ?

- |                                                     |                                                 |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde        | <input type="checkbox"/> Arthrose               |
| <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques        | <input type="checkbox"/> Cancer. Lequel : _____ |
| <input type="checkbox"/> SIDA                       | <input type="checkbox"/> Dépression / Burn-out  |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie                  | <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson   |
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine         | <input type="checkbox"/> Diabète                |
| <input type="checkbox"/> Colites / maladie de crohn | <input type="checkbox"/> Troubles de thyroïde   |
| <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac        | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie           |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____              | <input type="checkbox"/> Aucune                 |





## Bilan de santé

Indiquez sur le trait le chiffre suivant:

- 1 si le symptôme est OCCASIONNEL
- 2 si le symptôme est FRÉQUENT
- 3 si le symptôme est CONSTANT

### GÉNÉRAL

- Allergies
- Amaigrissement
- Angoisse / nervosité
- Convulsions
- Désir exagéré de sucre
- Engourdissements
- Évanouissements
- Extrémités froides / moites
- Fatigue / faiblesse
- Frissons
- Irritabilité
- Larmes faciles
- Ongles fragiles
- Soif anormale
- Mal de tête / migraine
- Dépression / burn-out
- Névralgie
- Paupières enflées / bouffies
- Réflexes lents
- Sueurs froides
- Fièvre
- Tremblements

### MUSCLES ET ARTICULATIONS

- Raideurs aux jointures
- Bursite/ tendinite
- Crampes
- Douleurs au cou
- Douleurs aux épaules
- Douleurs aux bras G D
- Douleurs aux poignets G D
- Douleurs aux coudes G D
- Douleurs aux mains G D
- Douleurs aux hanches G D
- Douleurs aux genoux G D
- Douleurs au coccyx
- Douleurs aux jambes G D
- Douleurs aux pieds G D
- Mal de dos
- Déviation vertébrale
- Jointures enflées
- Lombago (mal aux reins)
- Arthrite
- Arthrose
- Raideur articulaire le matin  
(durée de la raideur \_\_\_\_\_ minutes)

### GASTRO-INTESTINAL

- Ballonnements / gaz
- Constipation
- Diarrhée
- Digestion difficile
- Douleurs à l'estomac
- Faim excessive
- Hémorroïdes
- Inflammation intestinale
- Langue chargée
- Manque d'appétit
- Boulimie
- Mauvaise haleine
- Nausées
- Selles blanchâtres
- Troubles du foie / vés. bil.
- Vomissements

### RESPIRATOIRE

- Asthme
- Emphysème
- Douleurs à la poitrine
- Râlements
- Respiration difficile
- Soupirs fréquents
- Toux
- Voix rauque

### O.R.L.

- Carie dentaire
- Difficulté à avaler
- Douleurs aux yeux
- Écoulements d'oreilles
- Fièvre des foins
- Ganglions à la gorge
- Maux de gorge
- Ulcères à la bouche
- Nez bouché
- Rhumes fréquents
- Saignements des gencives
- Saignements de nez
- Sécrétions dans la gorge
- Sinusites
- Surdité
- Hyper/hypothyroïdie
- Acouphène / Menière

### CARDIO-VASCULAIRE

- Basse pression
- Chevilles enflées
- Douleurs cardiaques
- Douleurs à la poitrine
- Douleurs au bras gauche
- Ecchymoses (bleus faciles)
- Haute pression
- Mauvaise circulation
- Pouls lent
- Pouls rapide
- Varices

### PEAU

- Acné
- Cicatrisation lente
- Démangeaisons
- Eczéma
- Éruptions / rougeurs
- Peau qui s'écaille
- Peau sèche
- Peau sensible

### GÉNITO-URINAIRE

- Impuissance sexuelle
- Incontinence d'urines
- Infection des reins
- Infection de la vessie
- Mictions difficiles
- Mictions douloureuses
- Pierres aux reins
- Pus dans les urines
- Sang dans les urines
- Urines fréquentes
- Urines la nuit

### FEMMES SEULEMENT

- Absence de menstruation
- Bosses aux seins
- Chaleurs
- Crampes abdominales
- Irrégularité menstruelle
- Menstruations douloureuses
- Pertes vaginales abondantes
- Seins enflés
- Signes de ménopause
- Ventre dur et enflé

## Impact sur la vie quotidienne

Quel type de soins recherchez-vous ?

1. Symptomatique : c'est-à-dire soulager les symptômes seulement \_\_\_\_\_
2. Correction : régler la cause de votre (vos) problème(s) \_\_\_\_\_
3. Correction de la cause & prévention de problèmes futurs \_\_\_\_\_

Nommez et décrivez vos malaises actuels par ordre d'importance :

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Quelles activités vous ne faites plus depuis que vous avez ce(s) problème(s) de santé ?  
(ex : activités sportives, loisirs, travail, jouer avec vos enfants ou petits-enfants...)

\_\_\_\_\_

Est-ce que ce(s) problème(s) influence(nt) vos relations interpersonnelles ?

Avec votre conjoint(e)	oui	non
Avec votre (vos) enfant(s)	oui	non
Avec vos collègues de travail	oui	non

Ce(s) problème(s) nuise(nt)-il(s) à votre sommeil ?	oui	non
Ce(s) problème(s) nuise(nt)-il(s) à votre travail ?	oui	non

Que seriez-vous prêt(e) à faire pour régler ce problème ?

Modifier votre façon de vous alimenter (alcool, cigarettes, etc.)	oui	non
Modifier votre hygiène de vie (exercice, stress, etc.)	oui	non
Entamer des soins de correction sur quelques mois	oui	non

Si vous êtes affligé(e) de plusieurs problèmes et que nous ne pouvons n'en régler qu'un seul, lequel choisiriez-vous ?

\_\_\_\_\_

Et pourquoi avez-vous choisi ce dernier ?

\_\_\_\_\_

***Autres précisions que vous aimeriez nous fournir :***

\_\_\_\_\_

J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer les examens qu'il jugera nécessaires à l'ouverture de mon dossier. Il est possible que certains patients ressentent des courbatures ou une légère aggravation des symptômes suite à l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée, mais il est important de les mentionner au chiropraticien à votre prochaine visite.

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

Suite à l'analyse minutieuse de votre questionnaire, votre docteur vous rencontrera afin d'éclaircir certains points et procédera à des tests pour vérifier si votre problème relève de notre expertise.  
Si tel n'est pas le cas, nous vous référerons au professionnel de la santé approprié.