



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION POUR FEMME ENCEINTE

Date : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Votre âge : _____ ans 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 DÉSIR 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 !

1. Quelle est la raison principale de votre visite ?

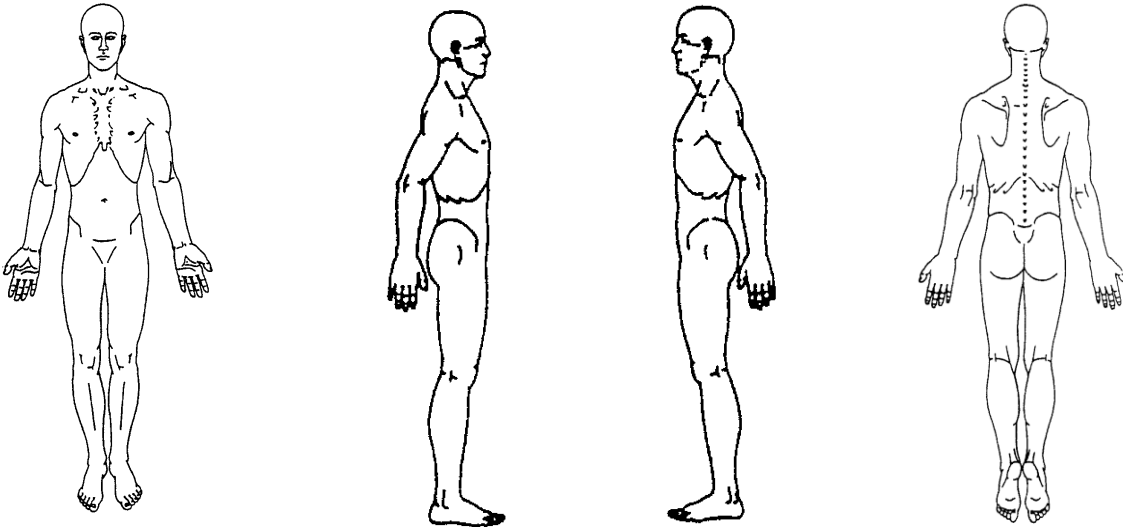
Prévention [passez à la question #34]

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 stress important La grossesse Autres

Expliquez : _____

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

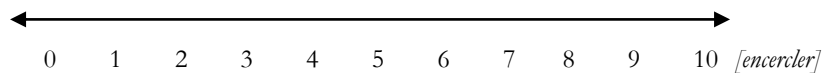
6. Avez-vous déjà ressenti ce problème auparavant ?

- Non, c'est la 1^{ère} 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.

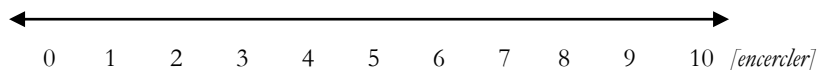
7. Ce problème est ressenti... **COMPLÉTEZ LA PHRASE S'APPLIQUANT LE MIEUX À VOTRE SITUATION**

- 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)

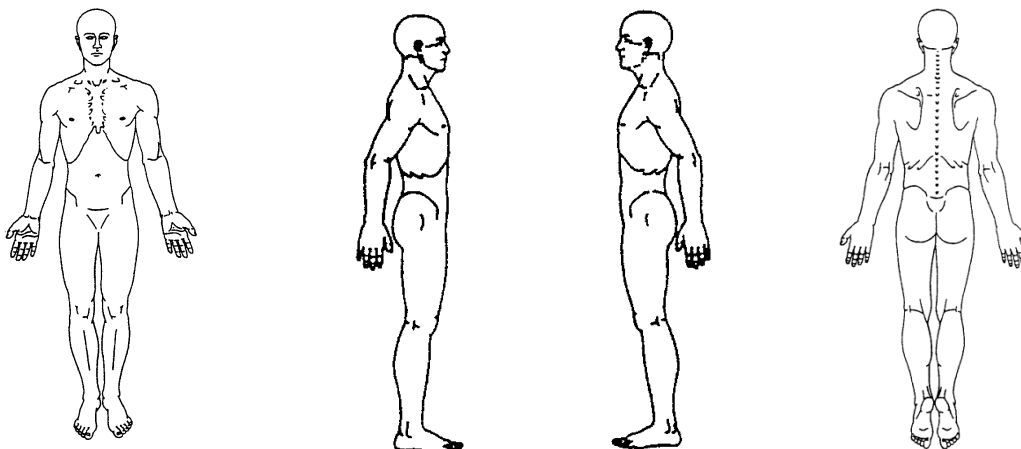
- Du repos
- Des exercices
- Des anti-inflammatoires
- Des analgésiques
- Des médicaments « pour les nerfs ». Lesquels : _____
- Il m'a référé en physiothérapie
- Il m'a référé à un spécialiste. Quelle spécialité ? _____
- Il m'a retourné à la maison sans rien me prescrire

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

- Non [passez à la question #34]
- 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 stress important La grossesse Autres

Expliquez : _____

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

22. Avez-vous déjà ressenti ce problème auparavant ?

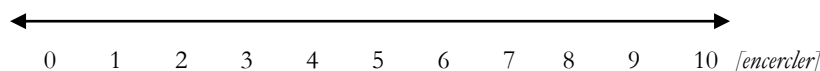
- Non, c'est la 1^{ère} fois de ma vie que je ressens ce problème.
 Oui, j'ai déjà ressenti plusieurs fois ce problème au cours des _____ dernier(e)s mois / années [encercler]
 Oui, j'ai déjà eu ce problème, il y a _____ mois/années mais il était complètement disparu.

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

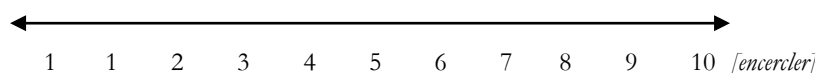
- Est ressenti de façon constante (tous les jours, presque sans arrêt).
 Est ressenti de façon régulière, environ _____ fois par jour/semaine/mois [encercler]
 Se manifeste par crise, environ _____ fois par semaine/mois/année et les crises durent environ _____ jours / semaines.

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

➤ 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 : _____

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

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

29. 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>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

30. 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 #34]

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

- Aucun test n'a été fait Radiographies Tests sanguins
 Test d'urine Résonance magnétique Électroencéphalogramme
 Tomographie axiale (TACO) Électrocardiogramme Autre : _____

32. Quel a été le diagnostic ?

- _____ Je ne me souviens pas Il ne me l'a pas dit

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

34.

Historique de grossesse

- 1) Nombre de semaines de grossesse : _____ 2) gain de poids : _____ lbs / kg
- 3) Date d'accouchement prévue : _____
- 4) Est-ce une première grossesse? oui non Nombre de grossesses? _____ Nombre d'enfants : _____
- 5) Avez-vous déjà eu : fausse-couche césarienne interruption de grossesse grossesse ectopique
- 6) Contraception utilisée avant cette grossesse : _____ Combien d'année ? _____
- 7) Est-ce une grossesse planifiée ? oui non
- 8) Conception ? naturelle FIV hormonothérapie
- 9) Voulez-vous allaiter ? oui non
- 10) Suivi avec : Médecin sage-femme accompagnante nom : _____
- 11) Lieu prévu accouchement: Hôpital maison maison de naissance
- 12) Avez-vous eu des : échographies prénatalest amniocentèse
- 13) Souffrez-vous de nausées ? oui non
- 14) Avez-vous d'autres symptômes de grossesse qui vous dérangent ? _____
- 15) Avez-vous du plaisir à être enceinte ? oui non
- 16) Avez-vous le support de votre entourage ? oui non
- 17) Vivez-vous des situations stressantes présentement ? oui non
- 18) Planifiez-vous de suivre des cours prénataux ? oui non
- 19) Si vous avez vécu d'autres grossesses, avez-vous ressentie des malaises au cours de celles-ci ?

- 20) Comment se sont déroulés vos autres accouchements ?

Historique

35. 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

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

- Non Oui. Lequel ou lesquels : _____

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

- Non Oui. Lequel ou lesquels : _____

38. 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 : _____

39. 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 ? _____

40. 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 |

41. Quelles chirurgies avez-vous déjà subies ?

- | | |
|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ablation des amygdales | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ablation de la vésicule biliaire | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ablation de l'appendice | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cataractes | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie visuelle au laser | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie à la colonne vertébrale | En quelle année? _____ |
| _____ cou | En quelle année? _____ |
| _____ dos | En quelle année? _____ |
| _____ bas du dos | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ablation d'un segment d'intestin | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie aux sinus | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque (pontages) | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie au(x) genou(x) | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie pour le tunnel carpien (poignet) | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | En quelle année? _____ |

42. À quelles substances êtes-vous allergique ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Je ne souffre d'aucune allergie | |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Poils d'animaux |
| <input type="checkbox"/> Poussière | <input type="checkbox"/> Moisissures |
| <input type="checkbox"/> Parfum | <input type="checkbox"/> Aérosols |
| <input type="checkbox"/> Acariens | <input type="checkbox"/> Lait de vache |
| <input type="checkbox"/> Œufs | <input type="checkbox"/> Noix |
| <input type="checkbox"/> Soya | <input type="checkbox"/> Blé |
| <input type="checkbox"/> Miel | <input type="checkbox"/> Fraises |
| <input type="checkbox"/> Agrumes | <input type="checkbox"/> Crustacés (ex. crabe) |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |

43. Si vous prenez d'autres médicaments que ceux déjà mentionnés, veuillez les indiquer.

<u>Nom du médicament</u>	<u>Dosage (mg)</u>	<u>Combien par jour (moyenne)</u>
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____
5) _____	_____	_____

44. Concernant votre sommeil :

Nombre d'heure par nuit en moyenne : _____ Position de sommeil : _____
 Qualité du sommeil : _____ / 10 Autres remarques : _____
 Croyez-vous que votre système de sommeil (matelas, oreillers) contribue à votre problématique? Oui Non

45. Consommation :

- Café ou thé ; _____ / jour Alcool ; _____ / semaine Boissons gazeuses ; _____ / jour
 Eau ; _____ ml / jour Tabac ; _____ cigarettes / jour, depuis l'âge de _____ ans
 • Avec vous déjà fumé ; Non Oui ; _____ cigarettes / jour, durant _____ années. J'ai arrêté il y a _____ ans
 • Avec vous déjà consommez de la drogue ; Non Oui ; _____

46. Quels problèmes sont rencontrés souvent dans votre famille (parents, grands-parents, frères, sœurs, enfants) ?

- Arthrite
- Allergies
- Thyroïde
- Alcoolisme

- Cancer
- Asthme
- Sclérose en plaques
- Dépression

- Maladies cardio-vasculaires
- Diabète
- Subluxation vertébrales
- Autre : _____

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.