



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES MAUX DE TÊTE

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 DESIR 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 : \_\_\_\_\_

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 !**

Votre âge : \_\_\_\_\_ ans Date de naissance : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ pi/m Poids : \_\_\_\_\_ lbs/kg

**1. À quel âge avez-vous ressenti votre premier mal de tête ?**

\_\_\_\_\_ ans

**2. Y a-t-il un événement qui soit à l'origine de ces maux de tête ?**

Accident, traumatisme. Expliquez : \_\_\_\_\_

Choc émotif. Expliquez : \_\_\_\_\_

Je ne me rappelle pas.

3. Au cours des dernières années, vos maux de tête se sont-ils amplifiés ?

- Oui, ils sont plus fréquents depuis quelques semaines
- Oui, ils sont plus fréquents depuis quelques mois
- Oui, ils sont plus fréquents depuis quelques années
- Non, ils sont constants

4. Si un diagnostic a été posé pour vos maux de tête, lequel ou lesquels ? (plus d'une réponse est possible)

- Migraine
- Céphalées de tension (maux de tête de tension)
- Céphalées de Horton
- Névralgie d'Arnold
- Autre. Lequel : \_\_\_\_\_
- Je ne me souviens pas du diagnostic
- Aucun diagnostic n'a été posé

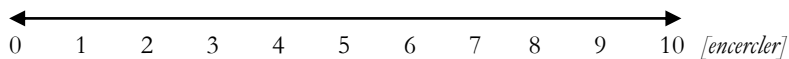
5. À quelle fréquence ressentez-vous vos maux de tête ?

- Mes migraines se manifestent en moyenne \_\_\_\_ fois par jour / semaine / mois / année [encercler]  
Mes céphalées de tension se manifestent en moyenne \_\_\_\_ fois par jour / semaine / mois / année [encercler]  
Mes céphalées de Horton se manifestent en moyenne \_\_\_\_ fois par jour / semaine / mois / année [encercler]  
Mes névralgies d'Arnold se manifestent en moyenne \_\_\_\_ fois par jour / semaine / mois / année [encercler]  
Mes \_\_\_\_\_ se manifestent en moyenne \_\_\_\_ fois par jour / semaine / mois / année [encercler]

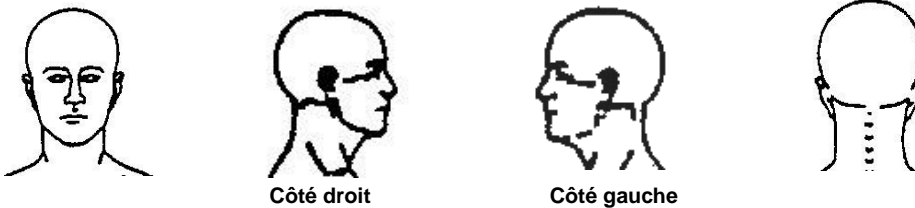
6. Si non traités, mes maux de tête durent :

- Mes migraines durent en moyenne \_\_\_\_\_ heures / jours / semaines [encercler]  
Mes céphalées de tension durent en moyenne \_\_\_\_\_ heures / jours / semaines [encercler]  
Mes céphalées de Horton durent en moyenne \_\_\_\_\_ heures / jours / semaines [encercler]  
Mes névralgie d'Arnold durent en moyenne \_\_\_\_\_ heures / jours / semaines [encercler]  
Mes \_\_\_\_\_ durent en moyenne \_\_\_\_\_ heures / jours / semaines [encercler]

7. L'intensité moyenne de mes maux de tête est : (0 étant aucune douleur et 10 la pire douleur jamais ressentie)



8. Veuillez localiser sur les dessins ici-bas l'emplacement de vos maux de tête :



9. Décrivez vos maux de tête (plus d'une réponse est possible)

- Pulsatifs
- Élançements
- Sensations de chocs électriques
- Localisés surtout sur le côté gauche / droite [encercler]
- Ils alternent d'un côté à l'autre

10. En moyenne, si vous ne traitez pas votre mal de tête, combien de temps le ressentez-vous ?

- Moins de 4 heures
- Entre 4 et 24 heures
- Entre 24 et 48 heures
- Entre 48 et 72 heures
- Plus de 72 heures (3 jours)

11. Mes maux de tête sont souvent accompagnés de : (plus d'une réponse est possible)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vision embrouillée     | <input type="checkbox"/> Nausées                  |
| <input type="checkbox"/> Vomissements           | <input type="checkbox"/> Sensibilité à la lumière |
| <input type="checkbox"/> Sensibilité aux bruits | <input type="checkbox"/> Transpiration            |
| <input type="checkbox"/> Engourdissements       | <input type="checkbox"/> Sensation de brûlures    |
| <input type="checkbox"/> Faiblesses             | <input type="checkbox"/> Étourdissements          |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____          |   |

12. Ressentez-vous un ou plusieurs des symptômes suivants (appelés « aura ») juste avant le début de vos maux de tête ?

- Perturbations visuelles (vue embrouillée, points noirs dans votre champ de vision, etc.)  
 Perturbations sensitives (engourdissements d'un côté du visage et/ou de votre corps)  
 Difficultés d'élocution (difficultés à trouver vos mots, à former des phrases ou à les comprendre)  
 Perte de force ou paralysie d'un côté de votre corps  
 Autres symptômes qui précèdent vos maux de tête : \_\_\_\_\_

*Si vous ne ressentez aucun de ces symptômes précurseurs, veuillez poursuivre à la question # 15*

13. Si vous avez déjà ressenti ce type de symptômes précurseurs à vos maux de tête, combien de fois est-ce arrivé ?

- Une fois seulement     Plus de 2 fois     Toujours (à chaque épisode de mal de tête)

14. Combien de temps durent ces symptômes ?

- |                           |  |   |   |
|---------------------------|--|---|---|
| Perturbations visuelles   | <input type="checkbox"/> moins de 60 minutes | <input type="checkbox"/> Environ 60 minutes | <input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes |
| Perturbations sensitives  | <input type="checkbox"/> moins de 60 minutes | <input type="checkbox"/> Environ 60 minutes | <input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes |
| Difficultés d'élocution   | <input type="checkbox"/> moins de 60 minutes | <input type="checkbox"/> Environ 60 minutes | <input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes |
| Perte de force /Paralysie | <input type="checkbox"/> moins de 60 minutes | <input type="checkbox"/> Environ 60 minutes | <input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes |
| Autres symptômes          | <input type="checkbox"/> moins de 60 minutes | <input type="checkbox"/> Environ 60 minutes | <input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes |

15. Mes maux de tête sont déclenchés par : (plus d'une réponse est possible)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La fatigue                        | <input type="checkbox"/> L'alcool (sauf le vin rouge)                         |
| <input type="checkbox"/> Les éternuements                  | <input type="checkbox"/> La mastication                                       |
| <input type="checkbox"/> Les mouvements de la tête         | <input type="checkbox"/> Le travail (environnement)                           |
| <input type="checkbox"/> Les sinusites                     | <input type="checkbox"/> Stress / tension                                     |
| <input type="checkbox"/> Certains médicaments              | <input type="checkbox"/> En me rasant   |
| <input type="checkbox"/> Parler                            | <input type="checkbox"/> La cigarette   |
| <input type="checkbox"/> Ne pas avoir mangé                | <input type="checkbox"/> Mes activités sexuelles                              |
| <input type="checkbox"/> Trop dormir                       | <input type="checkbox"/> Certaines phases de mon cycle menstruel              |
| <input type="checkbox"/> Être couché                       | <input type="checkbox"/> L'exercice   |
| <input type="checkbox"/> Le café                           | <input type="checkbox"/> Le chocolat  |
| <input type="checkbox"/> Le fromage                        | <input type="checkbox"/> Le vin rouge   |
| <input type="checkbox"/> Le mono glutamate de sodium (MGS) | <input type="checkbox"/> Les agrumes (orange, pamplemousse, citron, etc.)     |
| <input type="checkbox"/> Les bananes                       | <input type="checkbox"/> Les produits diètes (qui contiennent de l'aspartame) |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____                     |   |

16. Est-ce que la douleur débute à l'arrière de votre tête ?

- Oui     Non

17. Vos maux de tête sont-ils associés à des raideurs au cou et/ou aux épaules (trapèzes) ?

- Oui     Non

**18. Lesquels de ces énoncés décrivent vos maux de tête ?**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Douleur de modérée à sévère qui perturbe mes activités quotidiennes               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Douleur pulsative   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maux de tête qui s'amplifient avec l'activité physique (ex. monter des escaliers) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maux de tête accompagnés de nausées et/ou de vomissements                         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maux de tête qui s'amplifient au contact d'une forte luminosité                   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maux de tête qui s'amplifient avec les bruits environnants                        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

---

**Pour Femmes seulement**

---

Messieurs, poursuivez à la question # 25

**19. Associez-vous vos maux de tête à votre cycle menstruel ?**

- Oui                       Non

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

- Oui                       Non

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

- Oui                       Non

**22. Êtes-vous présentement enceinte ?**

- Oui, depuis \_\_\_\_\_  Non               C'est possible, je ne suis pas certaine

**23. Combien de fois avec vous été enceinte ?**

- Jamais                       \_\_\_\_\_ fois

**24. Combien d'accouchement(s) ?**

- Jamais                       \_\_\_\_\_ fois

---

**Diagnostic & Traitements**

---

**25. Afin d'établir un diagnostic, quels professionnels de la santé avez-vous déjà consultés ?**

Nom	Spécialité	Diagnostic	Date de consultation
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Quels sont les tests qui ont été effectués afin d'établir un diagnostic ?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Radiographies de votre tête | <input type="checkbox"/> Radiographies de votre cou              |
| <input type="checkbox"/> Tests sanguins              | <input type="checkbox"/> Résonance magnétique de votre tête      |
| <input type="checkbox"/> Électroencéphalogramme      | <input type="checkbox"/> Tomographie axiale de votre tête (TACO) |

**26. Quels ont été les résultats de ces tests ?**

Normaux       Anormaux, expliquez : \_\_\_\_\_

**27. Y a-t-il des membres de votre famille qui souffrent de céphalées et/ou de migraines ?**

- Non  
 Oui Lesquels ?  Mère  
                                   Père  
                                   Sœur(s) / frère(s)  
                                   Enfant(s)  
                                   Parenté du côté de ma mère  
                                   Parenté du côté de mon père

**28. Quels médicaments prenez-vous régulièrement pour prévenir vos maux de tête ?**

<u>Nom du médicament</u>	<u>Dosage quotidien (mg)</u>
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____

**29. Quels médicaments (prescrits ou en vente libre) prenez-vous pour soulager vos maux de tête ?**

<u>Nom du médicament</u>	<u>Dosage quotidien (mg)</u>
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____

**30. Prenez-vous d'autres médicaments ?**

<u>Nom du médicament</u>	<u>Dosage quotidien (mg)</u>
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____

**31. Quelles autres méthodes avez-vous essayées (autres que la médication) qui ont donné des résultats positifs ?**

- Modifications alimentaires  
 Acupuncture  
 Chiropratique  
 Massages  
 Compresses chaudes  
 Application de glace  
 Stimulation électrique (TENS)  
 Produits naturels. Lesquels : \_\_\_\_\_

---

## Tabagisme & Hygiène de vie

---

32. Fumez-vous la cigarette ?

- Oui  Non (Passez à la question # 37)

33. En moyenne, combien de cigarettes par jour fumez-vous ? (un paquet = 20 cigarettes)

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 à 5                       | <input type="checkbox"/> 6 à 10  |
| <input type="checkbox"/> 11 à 15                     | <input type="checkbox"/> 16 à 20 |
| <input type="checkbox"/> 21 à 25                     | <input type="checkbox"/> 26 à 30 |
| <input type="checkbox"/> 31 à 35                     | <input type="checkbox"/> 36 à 40 |
| <input type="checkbox"/> Plus de 41. Combien ? _____ |                                  |

34. Fumez-vous autre chose que la cigarette ?

- Oui  Non (Passez à la question # 37)

35. Que fumez-vous ?

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cigares  | <input type="checkbox"/> Pipe          |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

36. Depuis combien d'années fumez-vous ?

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 à 5 ans      | <input type="checkbox"/> 6 à 10 ans  |
| <input type="checkbox"/> 11 à 15 ans    | <input type="checkbox"/> 16 à 20 ans |
| <input type="checkbox"/> 21 à 25 ans    | <input type="checkbox"/> 26 à 30 ans |
| <input type="checkbox"/> 31 à 35 ans    | <input type="checkbox"/> 36 à 40 ans |
| <input type="checkbox"/> Plus de 41 ans |                                      |

37. Consommez-vous de l'alcool ?

- Oui  Non (Passez à la question # 40)

38. Au cours de la dernière année, quelle a été votre consommation moyenne d'alcool par semaine ?

*(1 consommation = 1 bière = 1 verre de vin = 1 once de boisson forte)*

- Aucune ou moins de 1 consommation par semaine  
 1 à 5 consommations par semaine  
 6 à 10 consommations par semaine  
 11 à 15 consommations par semaine  
 16 à 20 consommations par semaine  
 21 à 25 consommations par semaine  
 Plus de 25 consommations par semaine

39. Au cours de la dernière année, en moyenne, combien de jours par semaine avez-vous consommé de l'alcool ?

- Aucun à moins de 1 journée par semaine  
 2 jours par semaine  
 3 jours par semaine  
 4 jours par semaine  
 5 jours par semaine  
 6 jours par semaine  
 7 jours par semaine

40. Vous adonnez-vous à des activités physiques (exercice) de façon régulière ?

- Oui  Non (Passez à la question # 43)

41. Combien d'heures par semaine, en moyenne, consacrez-vous à l'activité physique ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 1 heure    | <input type="checkbox"/> Entre 1 et 2 heures |
| <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3 heures | <input type="checkbox"/> Entre 3 et 4 heures |
| <input type="checkbox"/> Entre 4 et 5 heures | <input type="checkbox"/> Entre 5 et 6 heures |
| <input type="checkbox"/> Entre 6 et 7 heures | <input type="checkbox"/> Plus de 7 heures    |

42. Pratiquez-vous des sports de contact ?

(Hockey, football, boxe, arts martiaux, etc.)

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

43. Est-ce que vos maux de tête ont été associés à l'un des problèmes suivants ?

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Hypoglycémie   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Problèmes à la colonne cervicale                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Problèmes avec vos yeux (glaucome, myopie, etc.)     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Problèmes de sinus, oreilles, dents, mâchoire        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Problèmes de santé mineurs comme le rhume, la grippe | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Apnée de sommeil                                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

44. Consommation :

- Café ou thé ; \_\_\_\_\_ / jour  Boissons gazeuses ; \_\_\_\_\_ / jour  Eau ; \_\_\_\_\_ ml / jour

45. Concernant votre sommeil :

Nombre d'heures 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

---

## Historique

---

46. 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 de ventouses

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

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

48. 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 ? \_\_\_\_\_

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

- |                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arthrite   | <input type="checkbox"/> Cancer              | <input type="checkbox"/> Maladies cardio-vasculaires |
| <input type="checkbox"/> Allergies  | <input type="checkbox"/> Asthme              | <input type="checkbox"/> Diabète                     |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde   | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques | <input type="checkbox"/> Subluxation vertébrales     |
| <input type="checkbox"/> Alcoolisme | <input type="checkbox"/> Dépression          | <input type="checkbox"/> Autre : _____               |

**50. 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                 |

**51. 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? _____ |

**52. À quelles substances êtes-vous allergique ?**

- |   |  |                                    |  |
|---|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pollen         | <input type="checkbox"/> Poils d'animaux | <input type="checkbox"/> Poussière | <input type="checkbox"/> Parfum                |
| <input type="checkbox"/> Moisissures    | <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 : _____ |  |                                    |  |



## 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.