



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA FIBROMYALGIE

Date : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Votre âge : _____ ans Sexe : H F Date de naissance : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone (résidence) : _____

Téléphone (bureau) : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____ Profession : _____

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Je souhaite recevoir votre infolettre. | <input type="checkbox"/> 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 : _____

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. À quel moment avez-vous ressenti vos premiers symptômes de fibromyalgie ?

- Avant l'âge de 30 ans
- Entre 31 et 40 ans
- Entre 41 et 50 ans
- Après 50 ans

2. Y a-t-il un événement qui est à l'origine de votre fibromyalgie ?

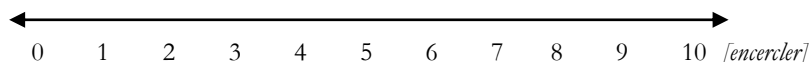
- Un accident : _____
- Une chute : _____
- Une mauvaise posture : _____
- Un traumatisme : _____
- Un stress important : _____
- Autres : _____
- Je ne sais pas, c'est apparu sans raison particulière.

3. Au cours des dernières années, votre fibromyalgie s'est-elle amplifiée ?

- Oui, elle est plus intense depuis les derniers mois.
- Oui, elle est plus intense depuis quelques années.
- Non, elle est constante.

4. L'intensité moyenne des douleurs associées à ma fibromyalgie :

(0 étant aucune douleur et 10 la pire douleur jamais ressentie)



5. Ma fibromyalgie est accompagnée de : (plus d'une réponse est possible)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Multiples points sensibles | <input type="checkbox"/> Sommeil non réparateur |
| <input type="checkbox"/> Fatigue chronique | <input type="checkbox"/> Raideur matinale |
| <input type="checkbox"/> Intestin irritable | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Reflux gastro-oesophagien |
| <input type="checkbox"/> Problème de thyroïde | <input type="checkbox"/> Engourdissements |
| <input type="checkbox"/> Vertiges | <input type="checkbox"/> Manque de coordination et/ou d'équilibre |
| <input type="checkbox"/> Sensibilité à : chaleur, froid, lumière, bruit | <input type="checkbox"/> Syndrome prémenstruel |
| <input type="checkbox"/> Dysménorrhée (douleurs menstruelles) | <input type="checkbox"/> Syndrome du tunnel carpien |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête (incluant migraines) | <input type="checkbox"/> Phénomène de Raynaud |
| <input type="checkbox"/> Vessie irritable (incluant incontinence) | <input type="checkbox"/> Sautes d'humeur / irritabilité inexplicquée |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à communiquer (dire les bons mots) | <input type="checkbox"/> Anxiété et/ou attaque de panique |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à se concentrer | <input type="checkbox"/> Difficulté à effectuer plusieurs tâches |

6. Quels facteurs amplifient vos douleurs ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Changements de température | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Humidité | <input type="checkbox"/> Fatigue |
| <input type="checkbox"/> Changements hormonaux | <input type="checkbox"/> Station assise |
| <input type="checkbox"/> Station debout | <input type="checkbox"/> Mouvements excessifs |
| <input type="checkbox"/> Froid | <input type="checkbox"/> Chaleur |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

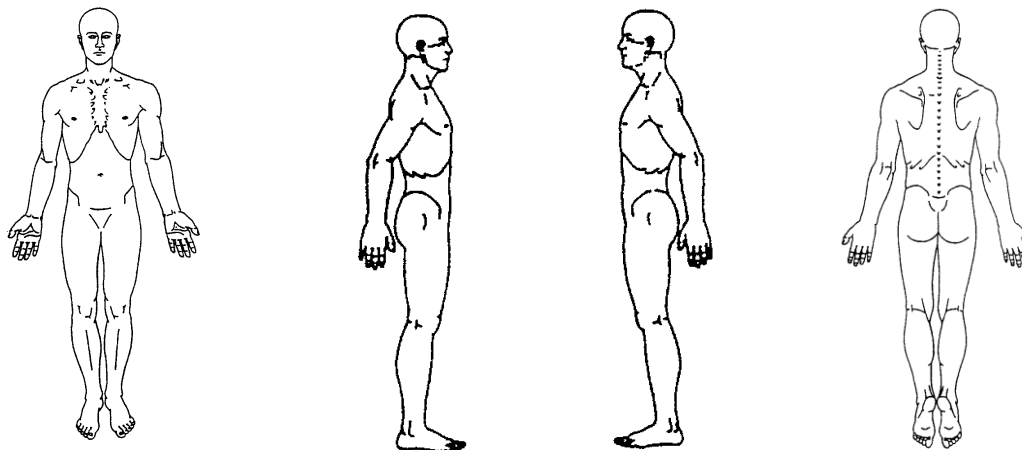
7. Est-ce que des facteurs émotionnels contribuent à la sévérité de vos symptômes ?

- Oui
- Non

8. À quel moment de la journée votre problème se manifeste-t-il le plus ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Au lever | <input type="checkbox"/> En avant-midi |
| <input type="checkbox"/> En fin d'après-midi | <input type="checkbox"/> En soirée |
| <input type="checkbox"/> La nuit | |

9. Veuillez localiser sur les dessins ici-bas l'emplacement de vos douleurs



Contraintes associées à la douleur

10. En rapport avec l'activité physique

- Je ne peux pas pratiquer d'activité physique (en raison de mes douleurs).
- Je ne peux pratiquer que des activités de faible intensité (marche, vélo, etc.).
- Mes douleurs ne me gênent pas dans le choix de mes activités physiques.

11. En rapport avec la marche

- La douleur ne me gêne pas dans la marche.
- La douleur m'empêche de marcher plus de 1,5 km (environ 1 mile).
- La douleur m'empêche de marcher plus de 700 m (environ 1/2 mile).
- La douleur m'empêche de marcher plus de 400 m (environ 1/4 mile).
- Je ne peux me déplacer qu'avec l'aide d'un support (cane, béquilles, machette).

12. En rapport avec la station assise

- Je peux m'asseoir dans n'importe quel fauteuil, aussi longtemps que je le souhaite.
- Je peux seulement m'asseoir dans mon fauteuil habituel.
- La douleur m'empêche de m'asseoir plus d'une heure.
- La douleur m'empêche de m'asseoir plus de 30 minutes.
- La douleur m'empêche de m'asseoir plus de 15 minutes.
- La douleur m'empêche de prendre toute position assise.

13. En rapport avec vos déplacements en automobile

- Je peux me déplacer en voiture sans augmenter mes douleurs.
- Je peux me déplacer en voiture mais cela augmente mes douleurs.
- La douleur m'empêche de faire tout trajet de plus de 2 heures.
- La douleur m'empêche de faire tout trajet de plus de 1 heure.
- La douleur m'empêche de faire tout trajet de plus de 30 minutes.
- La douleur m'empêche de faire tout déplacement en automobile.

14. En rapport avec la station debout

- Je peux rester debout aussi longtemps que je le souhaite sans augmenter ma douleur.
- Je peux rester debout aussi longtemps que je le souhaite mais ma douleur augmente.
- La douleur m'empêche de rester debout plus d'une heure.
- La douleur m'empêche de rester debout plus de 30 minutes.
- La douleur m'empêche de rester debout plus de 10 minutes.
- La douleur m'empêche toute station debout.

15. En rapport avec votre sommeil

- La douleur ne m'empêche pas de bien dormir.
- Je ne peux trouver le sommeil qu'à l'aide de comprimés.
- Même en prenant des comprimés, je n'arrive pas à dormir plus de 6 heures.
- Même en prenant des comprimés, je n'arrive pas à dormir plus de 4 heures.
- Même en prenant des comprimés, je n'arrive pas à dormir plus de 2 heures.
- La douleur rend mon sommeil impossible. Elle me réveille constamment.
- J'utilise un matelas mou.
- J'utilise un matelas ferme.

16. En rapport avec vos soins personnels (toilette, habillage, etc.)

- Je peux m'occuper de ma personne sans augmenter ma douleur.
- Je peux m'occuper de ma personne mais cela aggrave ma douleur.
- J'ai besoin d'aide pour tous mes besoins personnels.
- Je ne peux pas m'habiller, je me lave avec difficulté et je garde le lit.

Impact de la fibromyalgie sur votre vie

Pour les questions 17 à 27 inclusivement, veuillez encercler le nombre qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti au cours de la dernière semaine. Si l'activité ne vous concerne pas, ne répondez pas à la question.

Au cours de la dernière semaine, avez-vous pu :

| | <u>Toujours</u> | <u>Presque toujours</u> | <u>Occasionnellement</u> | <u>Jamais</u> |
|---|-----------------|-------------------------|--------------------------|---------------|
| 17. Faire du magasinage ? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Faire votre lavage ? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Préparer vos repas ? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Faire la vaisselle (à la main)? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Passer l'aspirateur ? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Faire votre lit ? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Prendre une marche ? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Visiter des amis ? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Faire du jardinage ? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Conduire votre automobile ? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Monter des escaliers ? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Au cours de la dernière semaine, combien de jours vous êtes-vous senti bien ? | | | | |

- 0
- 2
- 4
- 6

- 1
- 3
- 5
- 7

29. Au cours de la dernière semaine, combien de jours avez-vous dû vous absenter du travail (incluant les tâches ménagères) ?

- 0
- 2
- 4
- 6

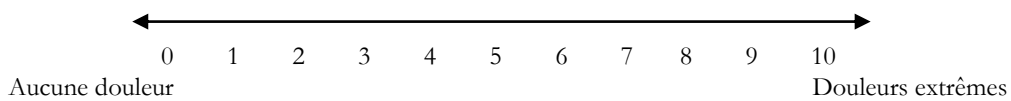
- 1
- 3
- 5
- 7

Pour les prochaines questions (30 à 36), veuillez encercler le chiffre qui correspond le plus à la façon dont vous vous êtes senti au cours de la dernière semaine.

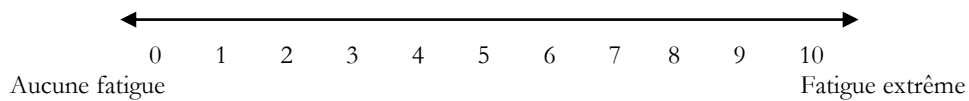
30. Au travail, dans quelle mesure la douleur vous a-t-elle nui dans vos activités (incluant les tâches ménagères) ?



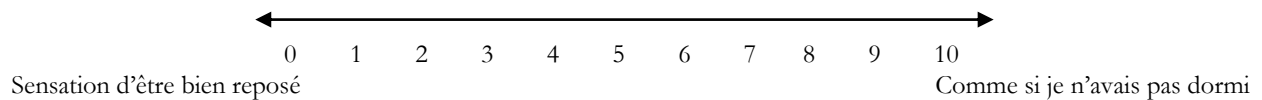
31. Évaluez l'intensité de vos douleurs au cours de la dernière semaine



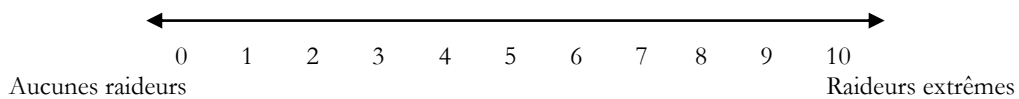
32. Évaluez votre niveau de fatigue



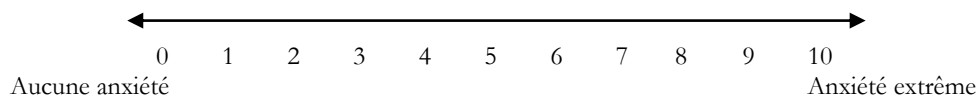
33. Comment vous sentiez-vous au lever le matin ?



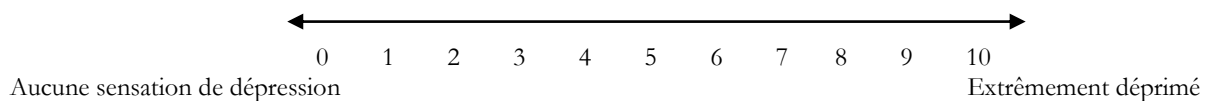
34. Comment étaient vos raideurs au cours de cette semaine ?



35. Comment était votre niveau d'anxiété, de nervosité ?



36. Comment était votre niveau de dépression ?



Le diagnostic

37. Quel professionnel avez-vous consulté ?

- Mon médecin de famille. Son nom : _____
- Un médecin à l'hôpital
- Un chiropraticien. Son nom : _____
- Autre : _____
- Je n'ai pas consulté.

38. 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"/> Tests sanguins | <input type="checkbox"/> Test d'urine |
| <input type="checkbox"/> Résonance magnétique | <input type="checkbox"/> Électroencéphalogramme |
| <input type="checkbox"/> Tomographie axiale (TACO) | <input type="checkbox"/> Ponction lombaire |
| <input type="checkbox"/> Électrocardiogramme | |

39. Un diagnostic a-t-il été posé ?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas
- Il ne me l'a pas dit

40. Que vous a-t-il prescrit ?

- 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.

41. Quels médicaments (prescrits ou en vente libre) prenez-vous pour vous soulager ?

- Je ne prends pas de médicament pour soulager ce problème.

Nom du médicament

Dosage quotidien (mg)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Je n'ai rien essayé d'autre | <input type="checkbox"/> Acupuncture |
| <input type="checkbox"/> Chiropratique | <input type="checkbox"/> Massages |
| <input type="checkbox"/> Repos | <input type="checkbox"/> Activité physique |
| <input type="checkbox"/> Compresses chaudes | <input type="checkbox"/> Application de glace |
| <input type="checkbox"/> Stimulation électrique (TENS) | <input type="checkbox"/> Modifications alimentaires |
| <input type="checkbox"/> Produits naturels. Lesquels : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

Pour Femmes seulement

Messieurs, poursuivez à la question #50

43. Associez-vous vos symptômes à votre cycle menstruel ?

- Oui Non

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

- Oui Non

45. Associez-vous votre fibromyalgie à la prise d'hormones synthétiques (anovulants ou hormones de remplacement pour les troubles de ménopause) ?

- Oui Non

46. Êtes-vous présentement enceinte ?

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

47. Combien de fois avez-vous été enceinte ?

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> Jamais | |

48. Combien d'accouchement(s) ?

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |

49. 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

50. 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

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

Non Oui. Lequel ou lesquels : _____

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

Non Oui. Lequel ou lesquels : _____

53. 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 : _____

54. Quels traumatismes (mêmes 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 ? _____

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

Arthrite rhumatoïde (ou autre arthrite)

Sclérose en plaques

SIDA

Épilepsie

Angine de poitrine / troubles cardiaques

Colites / maladie de crohn

Ulcères à l'estomac

Cholestérol

Toux chronique / bronchite

Autre : _____

Arthrose

Cancer. Lequel : _____

Dépression / Burn-out

Maladie de Parkinson

Diabète

Troubles de thyroïde

Fibromyalgie

Haute pression

Hypertrophie de la prostate

56. Quelles chirurgies avez-vous déjà subies ?

Je n'ai jamais subi de chirurgie [*passer à la question suivante*]

Ablation des amygdales

En quelle année? _____

Ablation de la vésicule biliaire

En quelle année? _____

Ablation de l'appendice

En quelle année? _____

Cataractes

En quelle année? _____

Chirurgie visuelle au laser

En quelle année? _____

Hystérectomie partielle (utérus seulement)

En quelle année? _____

Hystérectomie complète (utérus & ovaires)

En quelle année? _____

Chirurgie à la colonne vertébrale

En quelle année? _____

___ cou

En quelle année? _____

___ dos

En quelle année? _____

___ bas du dos

En quelle année? _____

Ablation d'un segment du côlon

En quelle année? _____

Chirurgie aux sinus

En quelle année? _____

Chirurgie cardiaque (pontages)

En quelle année? _____

Chirurgie au(x) genou(x)

En quelle année? _____

Chirurgie pour le tunnel carpien (poignet)

En quelle année? _____

Autre : _____

En quelle année? _____

Autre : _____

En quelle année? _____

57. À quelles substances êtes-vous allergique ?

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

58. Si vous prenez d'autres médicaments que ceux déjà mentionnés, veuillez-nous les inscrire

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

59. 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 : _____ |

60. 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

61. Consommation :

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

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

URINAIRE

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

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

Respiration difficile **GÉNITO-**

- 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 pouvions 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. |
|--|