

Formulaire au nouveau patient

Christian E. Laurent DC, CCSP

Doctor of Chiropractic
Certified Chiropractic Sport Physician (USA)
Spine, Bone & Joint Disorders
N° Adeli 770002798

Date: / /

Nom: Prénom: Date de naissance: / /
Adresse: Code postal:
Ville: Tél portable:
Adresse e-mail: Tél autre:
Occupation: Employeur:

Comment avez-vous entendu parler du cabinet Chiropratique du Dr Laurent?

- Professionnel (précisez svp)
- Pages jaunes: web papier
- Autre (famille, connaissance, etc)

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien? Oui Non

Si oui, à quand remonte votre dernière visite?

Motif de consultation

Raison pour laquelle vous consultez:

Si vous souffrez de quelques symptômes, comment les symptômes sont-ils survenus?

- Lentement, avec le temps - cause inconnue
- Suite à un accident de travail ou maladie professionnelle
- Suite à un accident de la route
- Autre cause:

Depuis quand avez-vous ces symptômes?

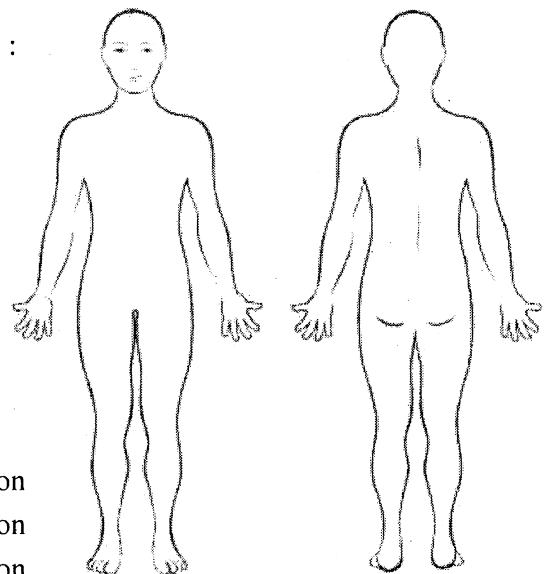
Depuis ce temps, les symptômes: Diminuent Augmentent Restent les mêmes

Situez l'intensité des symptômes ressentis sur la ligne suivante :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucune douleur Douleur intolérable

Marquez sur le schema à droite les zones d'irritation et la sensation ressentie:

Engourdissements : -----
Aiguilles : 00000000000000000000
Brûlures : ++++++
Sourde/lancinante : xxxxxxxxxxxxxxxx
Aiguë (coup de couteau) : //////////////



Ce problème vous empêche-t-il de travailler? Oui Non

de dormir? Oui Non

d'exécuter vos tâches quotidiennes? Oui Non

Avez-vous déjà souffert d'un problème semblable? Oui Non Quand?

Avez-vous consulté un médecin pour cette affection? Oui Non Quand?

Historique de santé

Au cours de votre vie, avez-vous déjà subi des accidents, chutes, traumatismes, blessures sportives ou

blessures de travail? (SVP notez tous les accidents même s'ils vous semblent mineurs)

Accidents

Date

Au cours de votre vie, avez-vous subi des opérations ou hospitalisations?

Antécédents (Opérations/hospitalisations, Autres)

Date

Avez-vous reçu le diagnostic d'une maladie ou condition? (précisez svp) (ex : diabète, hypertension, etc.)

Prenez-vous des médicaments (prescription OU vente libre), des suppléments ou produits naturels? (Si vous avez la liste avec vous, nous pouvons la photocopier)

Médicaments ou autres produits

Doses

Avez-vous des allergies? Lesquelles?

Grossesses

Êtes-vous enceinte présentement? Oui Non

Avez-vous déjà été enceinte? Oui Non Nombre de grossesses total:

Avez-vous eu des complications liées à vos grossesses?

Historique familial

Y a-t-il des maladies ou conditions connues au sein de votre famille? Lesquelles?

Nom de votre médecin de famille:

Date de votre dernier examen:

Habitudes de vie

repas par jour

cigarettes par jour

Si vous avez arrêté de fumer, depuis quand?

heures de sommeil par nuit / Sommeil récupérateur: Oui Non

Position de sommeil: Dos Ventre Côté droit Coté gauche

Activités physiques pratiquées régulièrement: