

Formulaire d'ouverture de dossier

Informations générales

Date :

Prénom : Nom : Sexe : F M

Adresse :

Ville : Province : Code postal :

Téléphone (domicile) : Date de naissance:

Téléphone (travail) :

Téléphone (cellulaire): Courriel :

Téléphone en cas d'urgence :

Nom de la personne à contacter : Relation :

Qui vous a référé chez KiroSpécifiK ?

J'ai été référé par (nom de la personne):

Je vous ai vu dans les Pages Jaunes

Je vous ai lu dans un journal. Lequel ?

Autre :

Problèmes de santé actuels

Vue

- Myopie
Presbytie
Vue embrouillée

Toucher/sensations

- Engourdissements
Étourdissements
Ne sent plus un membre
Tremblements

Digestion

- Ballonnements/gaz
Diarrhée
Constipation
Perte/gain de poids
Reflux d'estomac
Ulcères

Coeur/veines/artères

- Basse pression
Douleurs cardiaques
Évanouissements
Haute pression
Membres enflés
S'essoufle vite
Varices

Ouïe

- Acouphènes
Surdité

Poumons/nez

- Allergies
Asthme
Rhumes fréquents
Sinusite
Toux fréquente

Hormones

- Diabète
Hypoglycémie ♂
Problèmes de thyroïde
Autres problèmes hormonaux ♀

Peau

- Démangeaisons
Éruptions/rougeurs
Extrémités froides/moites
Saignements de nez

Muscles/squelette

- Maux de tête/migraines
Maux de bras/jambes
Maux de cou/dos
Maux de mains/pieds

Système reproductif

- Douleurs aux testicules
Troubles d'érection
Troubles de prostate
Flux abondant
Douleurs menstruelles
Pré-ménopause difficile

Système urinaire

- Pierres aux reins
Envie fréquente d'uriner

Bien-être

- Dépression
Fatigue
Insomnie
Irritabilité

Section réservée aux femmes

- Absence de menstruations
 Ménopausée
Depuis

Veillez initialement

- Je suis enceinte
 Je ne suis pas enceinte

Historiques des traumatismes

Veillez prendre en compte TOUS les accidents, chocs, chutes, blessures que vous avez eu dans votre vie, spécialement ceux dans votre enfance.

		Aucun (0)	Rares (1-2)	Quelques (3-5)	Plusieurs (6+)
5 km/h et +	Accrochages automobiles sans blessure apparente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Accidents automobiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blessures sportives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blessures au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chutes sur la tête ou le corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coups reçus, bagarres, violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Etes-vous né(e) par césarienne ?	Oui <input type="checkbox"/>			

Détails

Objectif de consultation

- Soulagement
- Correction du problème
- Prévenir que le problème revienne

Veillez décrire brièvement vos objectifs en consultant à notre clinique.

Raison de consultation

Veillez décrire brièvement les raisons qui vous amènent à nous consulter

Condition 1 : _____

Condition 2 : _____

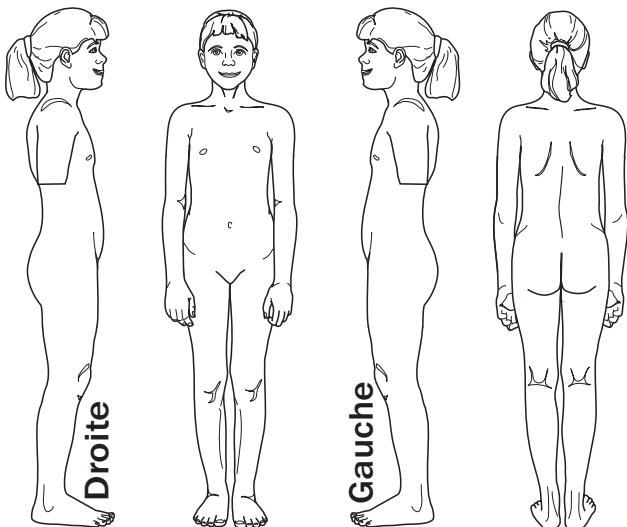
Condition 3 : _____

Condition 4 : _____

Condition 5 : _____

Notes réservées au docteur

Veillez indiquer sur le diagramme les endroits où vous ressentez de la douleur ou des inconforts



Historique des maladies

Maladies d'enfance

- Coqueluche
- Oreillons
- Rougeole
- Scarlatine
- Varicelle

Maladies chroniques

- Arthrite rhumatoïde
- Emphysème
- Épilepsie
- Fibromyalgie
- Goître
- Goutte
- Hépatite
- Hernie discale
- Ostéoporose
- Parkinson
- Sclérose en plaques
- Syn. de fatigue chron.
- _____
- _____

Troubles psychologiques

- Alcoolisme
- Anorexie/boulimie
- Dépendance aux drogues
- Soins psychiatriques
- Tentative de suicide
- _____
- _____

Cancer

- Intestin
- Ovaire
- Peau
- Prostate
- Poumon
- Sein
- Utérus

Année de diagnostic

Traitement :

Maladies infectieuses

- Choléra
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde
- Malaria
- SIDA/VIH
- Tuberculose
- _____
- _____

Anomalies sanguines

- Cholestérol élevé
- Anémie
- _____
- _____

Historique des hospitalisations

Événements

- Crise cardiaque
- Crise d'angine
- Accident cérébro-vasculaire (ACV)
- Accidents graves

Opérations ou autre hospitalisation

Année

Habitudes de vie

	Jamais à Rarement	Occasionnel	Fréquent	Souvent
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café/Thé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malbouffe (fast food)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sommeil

- 0-3 heures/nuit
- 4-6 heures/nuit
- 7-9 heures/nuit
- + de 10 h/nuit
- Dort sur le dos
- Dort sur le ventre
- Dort sur le côté

Exercice

- Aucun
- Occasionnel
- Fréquent
- Quotidien
- Intense

Travail

- A la maison
- De bureau
- Répétitif
- Très physique

Métier/profession pratiqué le plus longtemps dans votre vie:

Médicaments pris présentement

- Ne prends pas de médicaments
- Anti-inflammatoires
- Anti-douleurs
- Relaxants musculaires
- Hormones/Pilule contraceptive
- Pression artérielle
- Thyroïde
- Autres (indiquer dans détails)
- Antibiotiques
- Cholestérol
- Antidépresseurs
- Anxiolytiques
- Asthme
- Somnifères

Détails des médicaments

Examens de santé

	Moins de 6 mois	6 mois à 1 an	1 an à 2 ans	Plus de 2 ans	Jamais
Examen chiropratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen radiologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen des yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom de votre médecin : _____

Clinique : _____ Ville : _____

Nom de votre dernier chiro : _____

Clinique : _____ Ville : _____

Dernier ajustement : _____ Suivi pendant : _____

Nom de votre dentiste : _____

Clinique : _____ Ville : _____

Consentement pour les soins chiropratiques

Les renseignements que vous êtes appelés à fournir à votre docteur en chiropratique concernant votre état de santé et vos antécédants familiaux et personnels sont de grande importance. Ceux-ci servent à déterminer toute contre-indication qui s'appliquerait dans votre cas. Ces renseignements doivent donc être complets et exacts, au meilleur de votre connaissance.

Nous recueillerons des informations de façon anonyme sur votre condition et votre progression relativement aux services reçus à cette clinique. Ces informations seront utilisées afin de contribuer à la recherche scientifique, ainsi qu'à optimiser la qualité des services que vous recevez dans cet établissement. Vos nom, adresse ou toute autre donnée susceptible de vous identifier ou localiser sont gardés strictement confidentiels et ne sont disponibles que dans cette clinique.

Comme dans tout traitement dans le domaine de la santé, il y a une possibilité de certains risques reliés aux traitements pouvant varier de la courbature musculaire jusqu'à des situations excessivement rares de complications cérébro-vasculaires lors de l'ajustement du rachis cervical. En tout temps, votre chiropraticien(ne) pourra répondre à toute question que vous pourriez avoir concernant les ajustements chiropratiques. Ceci vous permettra de prendre une décision éclairée quant à votre choix de recevoir les traitements prescrits par votre docteur en chiropratique.

Statistiques comparant les complications de traitements médicaux et chiropratiques :

Médicaments anti-inflammatoires:	Décès : 100/million	Complications : 1000/million
Chirurgies pour douleurs cervicales:	Décès : 6900/million	Complications : 15600/million
Ajustements chiropratiques:	Décès : Aucun au Québec	Complications : 0.18/million

Je reconnais avoir lu et compris ce consentement sur les soins chiropratiques.

X

Signature: _____ Date: _____

Signature du parent: _____ (Dans le cas d'un jeune de moins de 14 ans)

Paiements

Les radiographies, les examens et les soins chiropratiques sont payables à chaque visite, à moins d'avoir convenu d'une entente de pré-paiement au cours des soins.

Selon la loi sur la chiropratique, les radiographies doivent être conservées par le chiropraticien.



Les docteurs en chiropratique de Kirospécifk sont tous en charge de votre dossier. Ils s'occuperont ensemble de vos soins chiropratiques. Vous n'êtes pas le patient d'un des docteurs en particulier. Ceci nous permet de vous donner des soins d'une qualité exceptionnelle.

Déclaration

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes, je consens à passer les examens que le docteur jugera nécessaires.

X

Signature: _____ Date: _____