

Dr. Simon Aboumerhi, chiropraticien

Nom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: Maison: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_

Adresse courriel: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

État civil: \_\_\_ Célibataire \_\_\_ Conjoint de fait \_\_\_ Marié(e) \_\_\_ Veuf(ve)

Nombre d'enfants: \_\_\_

**Comment avez-vous eu connaissance du Dr. Simon Aboumerhi?**

\_\_\_ Référence Son nom: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Publicité Laquelle: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Botin téléphonique

\_\_\_ Site web

\_\_\_ Autre: \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien?

\_\_\_ Oui \_\_\_ Non Son nom: \_\_\_\_\_

Consultez-vous un médecin?

\_\_\_ Oui \_\_\_ Non Son nom: \_\_\_\_\_

J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer

les examens qu'il jugera nécessaires à l'ouverture de mon dossier

Signature du patient ou de la personne

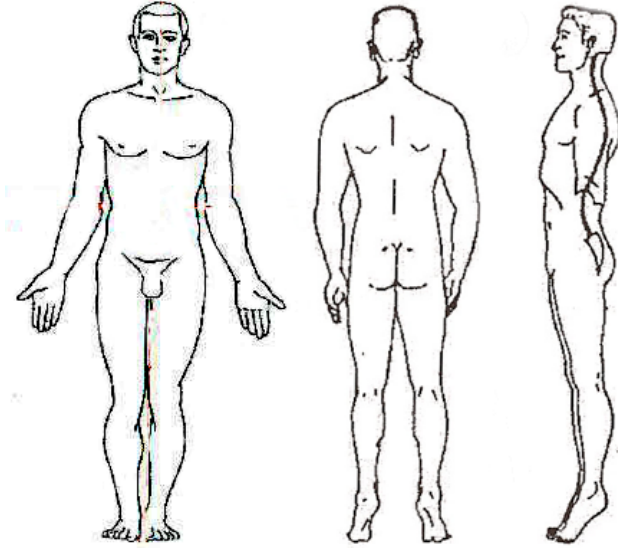
responsable: \_\_\_\_\_

# Condition Initiale

Encerclez les régions problématiques

Type de douleur:

- \_\_\_ Raideur
- \_\_\_ Coup de couteau
- \_\_\_ Point
- \_\_\_ Engourdissement
- \_\_\_ Brûlement
- \_\_\_ Élançement
- \_\_\_ Autres: \_\_\_\_\_



Endroits Problématiques

Depuis quand?

Comment?

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1- _____ | 1- _____ | 1- _____ |
| 2- _____ | 2- _____ | 2- _____ |
| 3- _____ | 3- _____ | 3- _____ |

Niveau d'intensité(1-10)

Début:\_\_\_

Maintenant:\_\_\_

Variation durant la journée (ex. pire le matin)? \_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui aggrave la douleur: \_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui diminue la douleur: \_\_\_\_\_

Autres symptômes associés à ce problème? \_\_\_\_\_

Autres traitements dans le passé?

Oui\_\_\_, Non\_\_\_ Par qui? \_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui vous incommode le plus, dans la vie courante, depuis que ce problème est apparu?

\_\_\_\_\_

**Médicaments:**

1- \_\_\_\_\_  
 2- \_\_\_\_\_  
 3- \_\_\_\_\_  
 4- \_\_\_\_\_

**Pourquoi:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Accidents/Blessures antérieur(e)s:**

Blessure: \_\_\_\_\_ Résultat: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Blessure: \_\_\_\_\_ Résultat: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Blessure: \_\_\_\_\_ Résultat: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Chirurgies antérieures:**

Chirurgie: \_\_\_\_\_ Résultat: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Chirurgie: \_\_\_\_\_ Résultat: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Chirurgie: \_\_\_\_\_ Résultat: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Maladies dont vous êtes ou avez été atteint(e):**

Maladie: \_\_\_\_\_ Résultat: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Maladie: \_\_\_\_\_ Résultat: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Maladie: \_\_\_\_\_ Résultat: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Autres hospitalisations:****À quand remonte votre dernier examen:****Habitudes de vie:**

|               | -6 mois | 6 mois<br>-1 an | +1 an | Jamais |                       | Jour | Sem. |
|---------------|---------|-----------------|-------|--------|-----------------------|------|------|
| Chiropratique |         |                 |       |        | Café<br>(Tasses)      |      |      |
| Radiologique  |         |                 |       |        | Tabac<br>(cigarettes) |      |      |
| Physique      |         |                 |       |        | Alcool<br>(verres)    |      |      |
| Sanguin       |         |                 |       |        | Sommeil<br>(heures)   |      | X    |
| Urinaire      |         |                 |       |        | Exercice<br>(heures)  |      |      |

**Selon vous, votre niveau de santé actuel est:**

\_\_\_Excellent \_\_\_Très bon \_\_\_Bon \_\_\_Moyen \_\_\_Mauvais \_\_\_Très mauvais

## Santé générale

Vide: Jamais

O: Occasionnel

F: Fréquent

C: Constant

| SYSTÈME NERVEUX       | OFC | MUSCLES AND JOINTS                    | OFC | GASTRO-INTESTINAL     | OFC |
|-----------------------|-----|---------------------------------------|-----|-----------------------|-----|
| Allergies             |     | Arthrite                              |     | Gonflement            |     |
| Étourdissements       |     | Bursite                               |     | Colite                |     |
| Évanouissements       |     | Hernie discale                        |     | Constipation          |     |
| Fatigue               |     | Douleur:                              |     | Diarrhée              |     |
| Maux de tête          |     | Cou                                   |     | Digestion difficile   |     |
| Migraines             |     | haut du dos                           |     | Faim excessive        |     |
| Perte de poids        |     | Milieu du dos                         |     | Reflux/brulements     |     |
| Trouble du sommeil    |     | Bas du dos                            |     | Nausée                |     |
| Anxiété/Stress        |     | Région sciatique                      |     | Vomissement           |     |
| Dépression            |     | Épaule, bras, coude, poignet, main    |     | Douleur à l'estomac   |     |
| YEUX, OREILLES ET NEZ | OFC | Hanche, cuisse, genou, cheville, pied |     | Peu d'appétit         |     |
| Asthme                |     | CARDIO-VASCULAIRE                     | OFC | GENITO-URINAIRE       | OFC |
| Rhume et grippe       |     | Haute/basse pression                  |     | Uriner au lit         |     |
| Douleur aux yeux      |     | Douleur poitrine                      |     | Sang dans l'urine     |     |
| Acouphène             |     | Mauvaise circulation                  |     | Infection rénale      |     |
| Vue affaiblie         |     | RESPIRATOIRE                          | OFC | Douleur en urinant    |     |
| Saignement nasal      |     | Toux chronique                        |     | Douleur à la prostate |     |
| Sinusite              |     | Respiration difficile                 |     | PEAU                  | OFC |
| Mal de gorge          |     | Râlements                             |     | Peau sèche            |     |
|                       |     |                                       |     | Démangeaisons         |     |
|                       |     |                                       |     | Varices               |     |

## **Histoire familiale**

|  |                        |
|--|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arthrite                    | Lien de parenté: _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthme                      | Lien de parenté: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer, lequel: _____       | Lien de parenté: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabète                     | Lien de parenté: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pression élevée             | Lien de parenté: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problème cardiaque          | Lien de parenté: _____ |
| <input type="checkbox"/> ACV (anévrisme ou autre)    | Lien de parenté: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problème pulmonaire         | Lien de parenté: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problème rénal              | Lien de parenté: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problème gastro-intestinal  | Lien de parenté: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problème du système nerveux | Lien de parenté: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problème de dos             | Lien de parenté: _____ |
| <input type="checkbox"/> Scoliose                    | Lien de parenté: _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre: _____                | Lien de parenté: _____ |

## **Section pour femmes**

Votre cycle menstruel est:

Normal       Irrégulier       Absent

Pendant vos menstruations:

Crampes       Douleur lombaire       Faiblesse       Migraines       Autre

---

Combien avez-vous eu de:      Grossesse \_\_\_\_\_

   Naissance \_\_\_\_\_

   Césarienne \_\_\_\_\_

Utilisez-vous un contraceptif oral:       Oui       Non

Prenez-vous des hormones:       Oui       Non

Êtes-vous enceinte:       Oui       Non

Il est important pour vous de considérer les bienfaits, risques et alternatives aux choix de traitement proposés par votre chiropraticien(ne), de connaître la procédure des traitements proposés et que vous soyez bien informé avant de débiter le traitement, conformément à l'article 43 du Code de déontologie des chiropraticiens.

Le traitement chiropratique peut comprendre l'ajustement, la manipulation et la mobilisation de la colonne vertébrale et des autres articulations du corps, des techniques de relâchement des tissus mous (muscles et autres tissus de soutien) et d'autres modalités de traitement telles que l'électrothérapie ou la thérapie au laser et la prescription d'exercices.

## Bienfaits

Le traitement chiropratique a été démontré efficace pour différentes problématiques affectant le cou, le dos et autres régions du corps qui sont causés par une dysfonction des nerfs, des muscles, des articulations et des autres tissus connexes. Le traitement prodigué par votre chiropraticien(ne) peut soulager la douleur, y compris les maux de tête, les engourdissements ou autres sensations anormales, la raideur musculaire et les spasmes. Le traitement chiropratique peut aussi augmenter la mobilité, améliorer le fonctionnement des articulations, des muscles et du système nerveux ainsi que réduire ou éliminer le besoin de médicaments ou de chirurgie.

## Risques

Les risques associés au traitement chiropratique varient selon la condition de chaque patient, la partie du corps traitée et le type de traitement prodigué.

Les risques incluent:

- **Aggravation temporaire des symptômes** – En général, toute augmentation de symptômes préexistants, de douleur ou de raideur ne durera que de quelques heures à quelques jours.
- **Irritation cutanée ou brûlure** – Les irritations cutanées ou les brûlures peuvent résulter de l'utilisation de certains appareils d'électrothérapie ou de laser. Une irritation cutanée devrait disparaître rapidement. Une brûlure peut laisser une cicatrice permanente.
- **Élongation musculaire ou ligamentaire** – Normalement, une élongation musculaire ou ligamentaire guérira en quelques jours ou quelques semaines avec un peu de repos, une protection de la partie affectée et d'autres soins mineurs.
- **Fracture d'une côte** – Une côte fracturée est douloureuse et peut limiter vos activités pendant un certain temps. Ce problème guérit généralement de lui-même en quelques semaines, sans nécessiter de traitement ou d'intervention chirurgicale.
- **Blessure ou aggravation d'un problème discal** – Au fil du temps, les disques de la colonne vertébrale peuvent subir une dégénérescence ou être endommagés. La dégénérescence est causée par le vieillissement, tandis que les dommages peuvent résulter de gestes quotidiens courants, tels que se pencher ou soulever un objet. Les patients ayant déjà un disque endommagé ou affecté par la dégénérescence n'ont pas forcément de symptômes. Ils peuvent même ne pas savoir qu'ils ont un problème discal. Ils peuvent aussi ne pas savoir que leur état s'aggrave parce que leurs problèmes au dos ou au cou ne sont pas très fréquents.

Le traitement chiropratique ne devrait pas causer de dommages à un disque qui n'est pas endommagé ou affecté par la dégénérescence. Le traitement pourrait toutefois aggraver un problème préexistant, au même titre que toute autre activité de la vie quotidienne. Les conséquences d'une blessure à un disque ou de l'aggravation d'un problème préexistant varieront pour chaque patient. Dans les cas les plus graves, les symptômes du patient peuvent inclure la perte de mobilité du dos ou du cou, des engourdissements dans les jambes ou les bras, des troubles des fonctions intestinales ou urinaires ou des troubles de la mobilité des jambes ou des bras. Une intervention chirurgicale pourrait être nécessaire.

- **Accident vasculaire cérébral (AVC)** – Bien que les données médicales et scientifiques actuelles ne permettent pas d'établir que le traitement chiropratique puisse causer des dommages à une artère ou un AVC, dans de rares cas, un traitement chiropratique a été associé à un AVC. Toutefois, ces cas peuvent s'expliquer par la présence d'une artère déjà endommagée ou le fait que le patient progressait vers un AVC au moment où il a consulté un chiropraticien.

Plusieurs activités de la vie quotidienne impliquant des mouvements banals du cou ont aussi été associées à des AVC. Ceux-ci résultent d'une artère endommagée dans le cou ou d'un caillot déjà présent dans l'artère, qui se détache et qui monte vers le cerveau.

Le sang arrive au cerveau par deux groupes d'artères qui passent par le cou. Le vieillissement, la maladie ou une blessure peuvent affaiblir ou endommager ces artères. Un caillot sanguin peut se former dans une artère endommagée. Le caillot, en entier ou en partie, peut se détacher de la paroi de l'artère et monter vers le cerveau, où il peut interrompre le flux sanguin et provoquer un AVC.

Les conséquences d'un AVC peuvent être très graves, y compris des troubles importants de la vue, du langage, de l'équilibre et des fonctions cérébrales, ainsi que la paralysie ou la mort.

## Choix alternatifs

Les choix alternatifs au traitement chiropratique peuvent inclure la consultation d'autres professionnels de la santé. Votre chiropraticien(ne) peut aussi recommander une période de repos sans traitement ou des exercices avec ou sans traitement.

## Questions ou inquiétudes

Nous vous encourageons à poser des questions, en tout temps, sur votre évaluation et votre traitement. N'hésitez pas à mentionner à votre chiropraticien(ne) toute inquiétude que vous pourriez avoir. Si vous ne vous sentez pas à l'aise, vous pouvez interrompre le traitement en tout temps.

**Votre santé vous concerne, soyez-en responsable.  
Aviser sans délai votre chiropraticien(ne) de tout changement de votre état de santé.**

### **NE SIGNEZ PAS CE FORMULAIRE AVANT D'AVOIR RENCONTRÉ VOTRE CHIROPATICIEN(NE)**

Je reconnais avoir discuté de mon état de santé et avoir été informé(e) de la nature du problème à traiter par mon (ma) chiropraticien(ne), de la procédure des traitements qu'il (elle) me propose ainsi que de ses bienfaits potentiels et de ses risques.

Je déclare avoir été informé d'alternatives aux traitements proposés.

Je déclare avoir reçu les informations et explications nécessaires pour donner un consentement libre et éclairé aux traitements proposés par mon (ma) chiropraticien(ne).

Je déclare avoir été informé(e) que je peux en tout temps révoquer mon consentement et que tout changement significatif dans le plan de traitement qui m'est proposé sera soumis à un consentement distinct de ma part.

Nom complet du patient en lettres moulées

Signature du patient (ou du tuteur)

Date de naissance du patient

Nom complet du (de la) chiropraticien(ne) en lettres moulées

Signature du (de la) chiropraticien(ne)

Date