

Dr. Simon Aboumerhi, chiropraticien

Nom: _____ Date: _____

Signature: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Code postal: _____

Téléphone: Maison: _____ Cellulaire: _____

adresse Internet: _____

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: _____

Consultez-vous un autre professionnel de la santé?

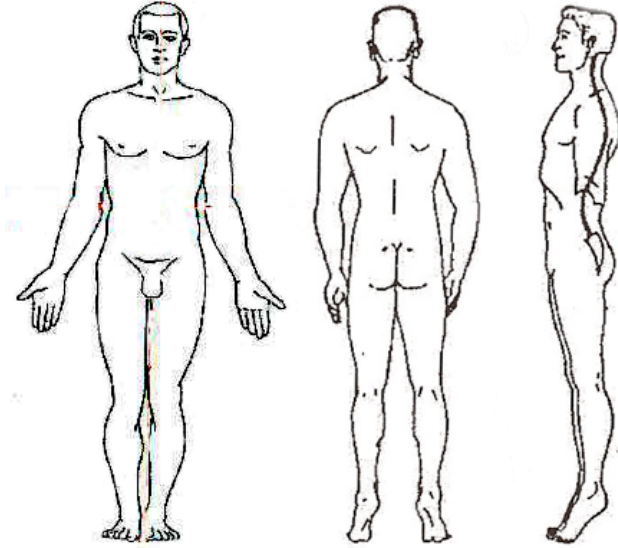
___ Oui ___ Non Son nom: _____

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

SYSTEME 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		Jaunisse	
Trouble du sommeil		Bas du dos		Nausée	
Anxiété/Stresse		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



Canadian Chiropractic Protective Association Association de Protection Chiropratique Canadienne

Consentement éclairé à un traitement de chiropratique Form L.Q.

Les docteurs en chiropratique ayant recours aux techniques manuelles de thérapie doivent avertir leurs patients qu'il existe ou qu'il peut exister des risques associés à ce type de traitements. En particulier, vous devez avoir connaissance des éléments suivants :

- a) Bien que ce soit rare, il se peut que certains patients constatent une aggravation des symptômes à court terme, des fractures des côtes ou un claquage ou une entorse musculaire ou des ligaments suite aux techniques de thérapies manuelles;
- b) Il existe des cas d'accident vasculaire cérébral associés à des mouvements de la nuque très communs, y compris l'ajustement des vertèbres supérieures de la colonne vertébrale. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de preuves médicales et scientifiques établissant un rapport certain entre l'ajustement des vertèbres supérieures de la colonne vertébrale et l'accident vasculaire cérébral. De plus, l'association apparente est très peu fréquente. Cependant, nous vous mettons en garde contre cette possible association, car l'AVC peut parfois entraîner des déficiences neurologiques, et, à de rares occasions, peut entraîner des lésions, y compris la paralysie. Le risque de tels préjudices relatifs à l'ajustement des vertèbres supérieures de la colonne vertébrale est extrêmement faible;
- c) Il existe un certain nombre de cas où l'on a signalé une lésion de disque suite à un ajustement de la colonne lombaire et de la colonne cervicale, bien qu'aucune étude scientifique n'ait jamais démontré que ces lésions étaient causées, ou pouvaient être causées par les ajustements vertébraux ou des traitements de chiropratique.

Les traitements chiropratiques, y compris les ajustements vertébraux, ont fait l'objet de rapports gouvernementaux et d'études pluridisciplinaires au cours de nombreuses années, et l'on a conclu à leur utilité dans le traitement de nombreuses pathologies de la nuque et du dos, comme la douleur, la raideur, les spasmes musculaires, la perte de mobilité, les maux de tête et d'autres symptômes comparables. Les soins de chiropratique contribuent à votre bien-être général. Le risque de lésion ou de complication à la suite d'un traitement de chiropratique est beaucoup moins élevé que de nombreux traitements médicaux, de nombreuses médications ou autres traitements prescrits pour les mêmes symptômes.

Je reconnais m'être entretenu ou avoir eu l'occasion de m'entretenir avec mon chiropraticien de la nature et de l'objectif du traitement de chiropratique en général et de mon traitement en particulier (y compris de l'ajustement vertébral) ainsi que du contenu de ce consentement.

Je consens au traitement chiropratique pratiqué ou recommandé par mon chiropraticien, y compris aux ajustements vertébraux. Je suis conscient que ce consentement s'applique aux soins chiropratiques actuels et à venir.

En date du _____ jour du mois de _____ 20_____.

Signature du patient (ou du tuteur légal)

Témoin de la signature

Nom : _____
(en caractères d'imprimerie)

Nom : _____
(en caractères d'imprimerie)