

## Formulaire au nouveau patient

Date / /

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Taille : Poids :

Adresse :  
Ville :

Code postal :  
Téléphone portable :

Adresse email :  
Occupation :

Autre téléphone :  
Employeur :

### **Comment avez-vous entendu parler du cabinet Chiropratique du Dr Brucker ?**

- Professionnel (précisez svp)
- Autre (famille, connaissance, précisez svp)
- Page jaune
- Autre

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 du 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 schéma ci-dessous, les zones d'irritation et la sensation ressentie :

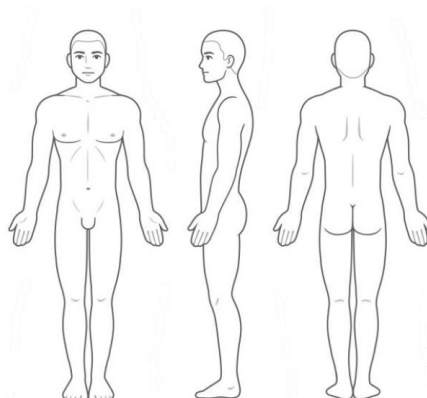
*Engourdissement* : -----

*Aiguilles* : 000000000000000000000000

*Brulures* : ++++++

*Sourde/lancinante* : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

*Aigüe (coups 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, cancer).

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

Avez-vous des allergies ? Lesquelles ?

### **Grossesses**

Etes-vous enceinte présentement ? oui  non

Avez-vous déjà été enceinte ? oui  non  Nombre de grossesses :

Avez-vous eu des complications reliées à vos grossesses ?

### **Historique familial**

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

Nom de votre médecin de famille :

Date de votre dernier examen :

### Habitude 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 gauche  Côté droit

Activités physiques pratiquées régulièrement :