



Clinique Chiropratique

Dr Auston Jardine, Chiropraticien

930, rue Notre-Dame Est, Victoriaville (Québec), G6P 4B9

(819) 740-5152

Formulaire du nouveau patient

Informations personnelles (complétez en lettres moulées s'il vous plaît)

Madame Monsieur

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone principal : _____ Autre téléphone : _____

Adresse électronique : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Nombre d'enfants : _____

Emploi : _____ Reçu Assurances : Reçu Impôts :

Comment avez-vous trouvé notre bureau? (*cocher svp*)

Site web/Google Facebook Boîte au lettre/journal Référence

Si référer, par qui? _____

Soins de santé

Nom du chiropraticien(ne) que vous avez déjà consulté : _____

Raison et dernière visite : _____

Aviez-vous pris des radiographies? Non Oui

POLITIQUE D'ANNULATION - VOTRE ENGAGEMENT

Pour annuler ou déplacer votre rendez-vous,
un avis soit par téléphone, courriel ou texto (si applicable) doit nous être transmis
minimum **12 heures avant votre rendez-vous.**

Ce délai nous permettra d'offrir cette plage horaire à d'autres patients afin qu'ils puissent bénéficier de nos soins.

Le non-respect de cette politique entraînera des **frais de 10\$ pour un rendez-vous annulé dans un délai non-raisonnable**
et de **25 \$ pour toute absence à un rendez-vous sans nous avoir avisé.**

Par la présente, j'accepte les termes de la politique d'annulation _____ (initiales)

En complétant ce formulaire, vous autorisez le Dr Auston Jardine, chiropraticien à vous évaluer en vous posant d'autres questions plus spécifiques, suivi d'un examen physique approfondi pour vos conditions, lui permettant ainsi d'émettre le (les) diagnostic (s) approprié(s). Des radiographies peuvent être prescrites si jugées nécessaires seulement.

Date : _____ Signature (du parent si moins de 14 ans) _____


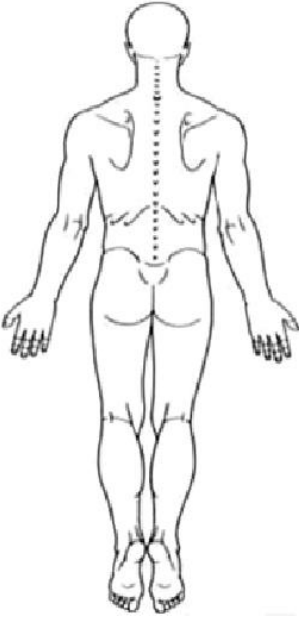
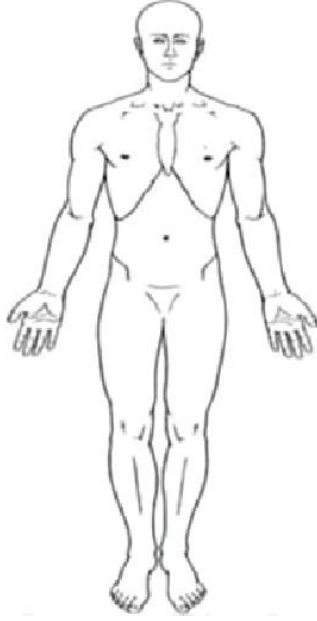

Merci de l'intérêt que vous portez à la Clinique Chiropratique du Dr Auston Jardine, Chiropraticien

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (confidentiel)

Nom : _____

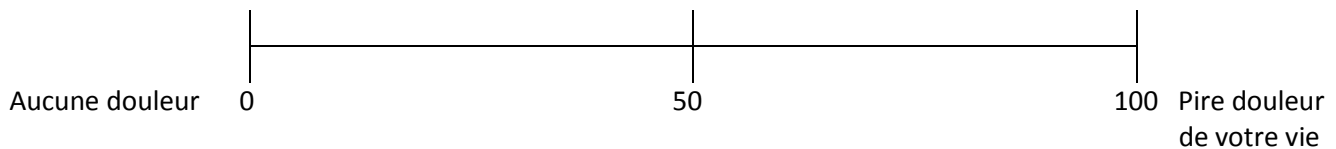
Prénom : _____

DDN : / /

<p>Encerclez la (les) région(s) présentant de la douleur ou une sensation inhabituelle puis indiquez, à l'aide des codes ci-dessous, le caractère de la douleur</p> <p>Aiguilles : AAA</p> <p>Engourdissement : EEE</p> <p>Brûlure : BBB</p> <p>Aigue (coup de couteau): CCC</p> <p>Lourdeur/fatigue : FFFF</p>	Côté droit	Arrière	Devant	Côté gauche
				

Placez en ordre d'importance vos motifs de consultation :

Indiquez, à l'aide d'un ou 2 traits si variable, où se situe l'intensité de votre douleur de votre motif principal, sur cette échelle de douleur :



Sélectionnez le type de soins que vous aimeriez recevoir : Soulagement Temporaire Correction durable

Indiquez ci-dessous les opérations que vous avez déjà subies et en quelle année ?

Date de votre dernier examen :

	Moins de 12 mois	Plus de 12 mois	Jamais
Vertébral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sanguin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiologique / IRM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urinaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indiquez le nombre approprié pour chaque élément :

Alcool : _____ par semaine Café/thé : _____ par jour Tabac : _____ par jour
 Exercice : Type : _____ pendant _____ min. _____ fois par semaine
 Sommeil : _____ par jour Liqueur douce : _____ par jour ou _____ par semaine

Indiquez par un **X** la case appropriée aux symptômes que vous avez perçus. Ne cochez pas de case si vous n'avez jamais ce symptôme. Nous désirons en savoir le plus possible concernant votre santé avant d'accepter de vous traiter. Soyez assuré(e) que ce formulaire concernant votre santé est confidentiel.

O = Occasionnel (quelques fois par année)

F = Fréquent (quelques fois par mois)

C= Constant (chaque jour)

O F C

O	F	C	
			Allergie
			Frisson
			Étourdissement
			Fatigue
			Fièvre
			Maux de tête
			Insomnie
			Perte de poids
			Nervosité
			Névralgie
			Engourdissement
			Transpiration
			Tremblement
			Perte d'équilibre
			Perte de mémoire
			Irritabilité
			Tension interne
			Pieds froids
			Dépression

GÉNITO-URINAIRE

O	F	C	
			Uriner au lit
			Sang dans l'urine
			Uriner fréquemment
			Infection des reins
			Douleur en urinant
			Trouble de prostate

O F C

O	F	C	
			Gaz
			Colite
			Constipation
			Diarrhée
			Digestion difficile
			Faim excessive
			Hémorroïdes
			Jaunisse
			Trouble du foie
			Nausée
			Douleur à l'estomac
			Peu d'appétit
			Vomissement
			Vomissement sanguin

CARDIO-VASCULAIRE

O	F	C	
			Haute ou basse pression
			Point au cœur
			Mauvaise circulation
			Palpitation ou battements lents
			Chevilles enflées

YEUX, OREILLES ET NEZ

O	F	C	
			Asthme
			Grippe
			Douleur aux yeux
			Yeux larmoyant
			Bourdonnement dans les oreilles
			Vue affaiblie
			Saignement nasal
			Infection des sinus
			Mal de gorge
			Amygdalite

O F C

O	F	C	
			Arthrite/ Arthrose
			Tendinite
			Bursite
			Hernie discale
			Hernie Inguinale côté _____
			Douleur au bas du dos
			Douleurs au cou ou raideur
			Douleur entre les épaules
			Douleurs ou engourdissements dans :
			Épaules, bras, coudes, mains
			Fesses, cuisses, genoux, pieds
			Sciatique

RESPIRATION

O	F	C	
			Douleurs à l'estomac
			Toux chronique
			Respiration difficile/incomplète
			Râlements

PEAU

O	F	C	
			Démangeaisons
			Éruptions cutanées
			Peu sèche
			Varices

SECTION FÉMININE

O	F	C	
			Menstruation douloureuse
			Flux menstruel abondant
			Crampes
			Symptômes de ménopause
			Perte vaginale

Êtes-vous enceinte? Oui Non