

Clinique Chiropratique du Dr Riccardo J. Cifola

Dossier Personnel

Nom (naissance) : _____ Prénom : _____ Date : _____

Adresse: _____ Médecin de famille : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Médecin spécialiste : _____

Tél. rés. _____ Tél. bureau : _____ Date du dernier examen : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Vous avez été référé à notre

Status : Célibataire _____ Marié (e) _____ Divorcé (e) _____ Veuf (ve) _____ Clinique par : _____

Nom du conjoint : _____ Nombre d'enfants : _____ Ass. pour chiro : oui _____ non _____

OCCUPATION : _____

Loisir (s) : _____

Quelle est la raison de votre consultation ? (spécifiez la région si douleur au dos) _____

Est-ce pour des soins ? _____ correctif _____ préventif _____ soulagement

PRÉSENTEMENT :

Votre douleur se qualifie comme étant :

_____ vive _____ pression _____ élancement _____ engourdissement

_____ brûlure _____ pincement _____ picotement _____ pulsative

Quand cela s'est produit, vous étiez :

_____ debout _____ penché _____ assis

_____ couché _____ accroupit _____ en torsion

Ce malaise est plus intense durant :

_____ jour _____ fin de semaine _____ au saison

_____ nuit _____ fin de mois _____ constant

OPÉRATIONS CHIRURGICALES

Date: _____

Type: _____

Localisez vos cicatrices: _____

SOINS DENTAIRES

Date : _____

Type : _____

PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS ?

Lesquels : _____

Des suppléments tels que : vitamines, ou autres. ?

Lesquels : _____

MADAME/MADEMOISELLE

Date de vos dernières menstruations : _____

Votre cycle menstruel est-il régulier ? _____ oui _____ non

Souffrez-vous de S.P.M. (P.M.S.)? _____ oui _____ non

Êtes-vous enceinte ? _____ oui _____ non

Si oui, nombre de semaines : _____

Date de votre dernier examen gynécologique : _____

Énumérez d'autres troubles menstruels : _____

INDIQUEZ LES ZONES DOULOUREUSES ET LES DÉCRIRE BRIÈVEMENT

Type de douleur : profonde superficielle
 sourde aigüe
 irradiante localisée

INTENSITÉ/SÉVÉRITÉ

De (1) peu de douleur à (10) douleur très intense : _____

La douleur s'aggrave en : _____

La douleur est soulagée en : _____

Cette douleur affecte votre qualité de vie au niveau de ?

travail loisir
 sommeil familial

Avez-vous déjà été traité pour cette condition ? oui non

Si oui, quand ? _____

Par qui ? _____

Le résultat est : passable bon

excellent

VOTRE BILAN DE SANTÉ

Énumérez les blessures, la date et le type de soin reçu (inclure chute, entorse, fracture, etc.)

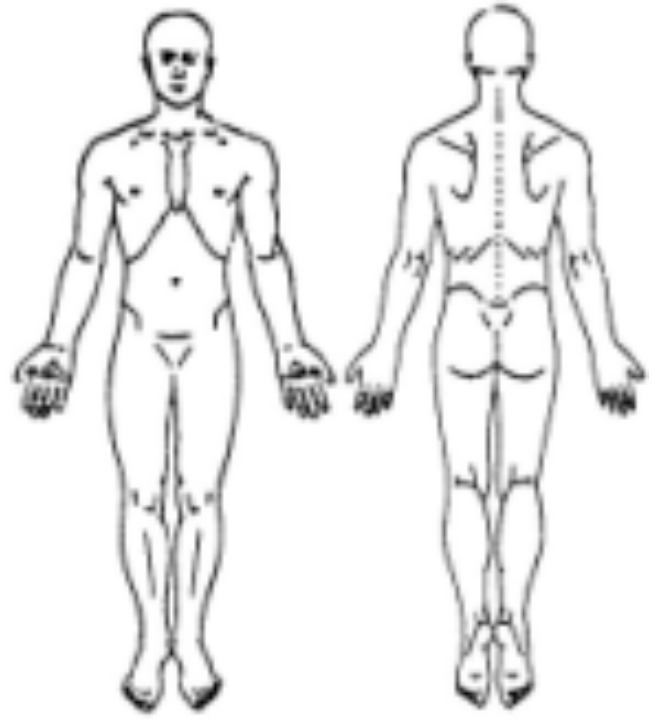
Avez-vous été impliqué dans un accident de la route ?

Il s'agissait d'une collision :

frontale arrière
 côté tonneau

Étiez-vous ?

conducteur avant arrière
 passager attaché



DÉFINIR LA FRÉQUENCE DES SYMPTÔMES

H (hebdomadaire) / J (journalier) / M (mensuel) / O (occasionnel)

Allergie saisonnière		Douleur costale	
Asthme/souffle court		Douleur sous talon (fasciite/épine)	
Constipation/diarrhée		Engourdissement main/doigt (tunnel carpien)	
Douleur oreille (otite)		Éruption cutanée (eczéma/urticaire)	
Étourdissement/vertige		Hémorroïdes	
Fatigue/épuisement		Inflammation articulaire	
Insomnie		Marque facilement (ecchymose)	
Maux de cou		Maux de dos	
Migraine/céphalée		Menstruation irrégulière/douloureuse	
Rhume/grippe		Seins engorgés (mastite)	
Toux sèche/grasse		Sciatique	
Troubles digestifs		Tendinite/bursite/épicondylite	

INDIQUER LES MALADIES FAMILIALES

(père, mère, frère, sœur, grands-parents)

Arthrite		Foie	
Cancer		Hypoglycémie	
Cardiovasculaire		Tension artérielle	
Diabète		Autre	

DÉCLARATION

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et j'autorise le chiropraticien à m'examiner. Tel que stipulé à l'article 3.07.01 du Code de déontologie des chiropraticiens, les dossiers et radiographies sont la propriété du chiropraticien. Des photocopies peuvent être disponibles sur demande moyennant des frais.

Signature du patient (parent si mineur) : _____ Date : _____

Merci

DOSSIER PÉDIATRIQUE – CONFIDENTIEL

Date de consultation : _____ Référé par : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code Postal : _____ Tél. domicile : (____) _____

Date de naissance de l'enfant : _____

Nom de la mère : _____ Tél. bureau : (____) _____

Nom du père : _____ Tél. bureau : (____) _____

Responsable des paiements : _____

Raison de la consultation : _____

Types d'accouchement

Naturel ____ Provoqué ____ Césarienne ____ Ventouse ____ Forceps ____

Nombre d'heures de travail : _____

Alimentation liquide

Colostrum ____ Maternel ____ Préparation ____

Alimentation solide

Fruit ____ Légume ____ Céréale ____ Légumineuse ____ Viande ____

Médicament : _____

Supplément alimentaire : _____

Commentaires : _____
