



STUDIO CHIROPATIQUE FAMILIAL

Merci de remplir ce questionnaire du mieux que vous le pouvez et de nous le retourner avant votre première visite.
Temps de remplissage approximatif : 20 minutes.

Informations Générales

Date de votre première visite

Nom Prénom

Date de naissance Age

Adresse

e-mail

N° téléphone(s)

État civil Nom de votre conjoint(e)

Enfants Oui Non Si oui, combien?

Prénom(s) et âge(s)

Profession Hobby/sport/centres d'intérêts

Qui pouvons nous remercier pour votre visite ?

Avez-vous déjà vu un chiropracteur? Oui Non Si oui, précisez

Quand était votre dernier ajustement?

Avez-vous un médecin traitant? Oui Non Si oui, précisez

L'avez-vous vu pour la même raison que votre venue aujourd'hui? Oui Non

Pourquoi venez-vous nous voir aujourd'hui ?

Si vous êtes enceinte (sinon, passez à la page suivante)

Est-ce votre première grossesse ? Oui Non Si non, précisez

Comment a commencé la grossesse ?

Précisez

Par qui et où êtes-vous suivie ?

A combien de semaines êtes-vous ?

Vous sentez-vous plus ou moins fatiguée depuis que vous êtes enceinte ? Plus Moins

Avez-vous (eu) des nausées matinales ? Oui Non Si oui, précisez

Prenez-vous des médicaments ? Oui Non

Si oui, précisez

Prenez-vous des suppléments ? Oui Non

Si oui, précisez

Fumez-vous ? Oui Non

Si oui, précisez

Buvez vous de l'alcool ? Oui Non

Si oui, précisez

Avez-vous eu une chute ou un accident ? Oui Non Si oui, précisez

Cette grossesse est-elle dure émotionnellement ? Oui Non

Si oui, précisez

Pratiquez-vous une activité sportive ? Oui Non Si oui, précisez

Rencontrez-vous des complications et/ou difficultés durant cette grossesse ? Oui Non

Si oui, précisez

Combien d'échographies avez-vous déjà eu ?

Avez-vous eu une amniocentèse ? Oui Non

Si oui, précisez

Quel est votre projet de naissance en quelques mots ?

POUR TOUS

Auto-évaluation

Où vous situez-vous sur cette échelle de santé ?

0 % de vie										100 % de vie
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Où aimeriez-vous être?

0 % de vie										100 % de vie
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Combien de temps pensez-vous que ça prendrait pour y arriver?

Merci de répondre aux questions suivantes par un nombre entre 0 = pas du tout et 10 = tout à fait :

- Je trouve mon cou mobile et souple
- Je trouve mon haut/milieu du dos mobile et souple
- Je trouve mon bas du dos/bassin mobile et souple
- Je remarque des tensions dans mon corps mais j'arrive à les relâcher
- J'ai une bonne posture et je me tiens facilement droit
- Je dors profondément et me réveille en pleine forme
- Je sens que j'ai de l'énergie pour toutes mes activités quotidiennes
- J'ai beaucoup de stress
- J'ai des bons moyens pour gérer mon stress émotionnel
- Mon alimentation est saine
- Je fais de l'exercice
- J'ai un bon système immunitaire (je suis rarement malade et récupère rapidement)
- Mon équilibre et ma coordination sont bons
- J'ai une bonne concentration, mémoire et créativité
- J'ai une bonne respiration (je suis rarement essoufflé(e) ou asthmatique)

Mon système digestif fonctionne bien (j'ai peu de ballonnements, brûlures d'estomac, flatulences, et je vais régulièrement à la selle)

Mon système hormonal et reproducteur fonctionne bien (j'ai peu de problème tels que syndrome prémenstruel ou liés à la ménopause/andropause et j'ai une bonne libido)

Je me sens régulièrement en colère, déprimé(e), malheureux(se), désespéré(e) ou bloqué(e)

Je me sens régulièrement joyeux(se), heureux(se), reconnaissant(e), optimiste

J'ai de l'équilibre dans ma vie et je prend beaucoup de plaisir à vivre

Si vous venez pour un problème précis :

Quel est votre problème principal?

Avez-vous d'autres problèmes?

Depuis quand souffrez-vous de ce problème?

Comment a-t'il commencé?

Qu'avez-vous essayé de faire pour régler ce problème qui n'a pas marché?

Êtes-vous découragé(e) quant à la possibilité de régler ce problème?

En quoi ce problème interfère-t-il avec votre travail?

En quoi ce problème interfère-t-il avec votre famille?

En quoi ce problème interfère-t-il avec vos hobbies?

En quoi ce problème interfère-t-il avec votre vie?

Qu'est-ce qui empire ce problème?

Qu'est-ce qui l'améliore momentanément?

Quel est le schéma de ce problème? Constant Intermittent Occasionnel Cyclique

A-t-il un effet sur d'autres fonctions de votre corps?

Quels signaux (symptômes) votre corps vous envoie-t-il ? (cochez les cases appropriées)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Sautes d'humeur | <input type="checkbox"/> Problèmes digestifs | <input type="checkbox"/> Problèmes d'épaule |
| <input type="checkbox"/> Migraines | <input type="checkbox"/> TDA/H | <input type="checkbox"/> Problèmes d'estomac | <input type="checkbox"/> Problèmes de coude |
| <input type="checkbox"/> Douleurs faciale | <input type="checkbox"/> Crises d'angoisse | <input type="checkbox"/> Problèmes de foie | <input type="checkbox"/> Problèmes de main/poignet |
| <input type="checkbox"/> Vertiges | <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Problèmes biliaires | <input type="checkbox"/> Problèmes de jambe |
| <input type="checkbox"/> Syncopes | <input type="checkbox"/> Eczéma/Psoriasis | <input type="checkbox"/> Brûlures d'estomac | <input type="checkbox"/> Problèmes de hanche |
| <input type="checkbox"/> Sinusites | <input type="checkbox"/> Palpitations | <input type="checkbox"/> Ulcère | <input type="checkbox"/> Problèmes de genou |
| <input type="checkbox"/> Acouphènes | <input type="checkbox"/> Douleurs au thorax | <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Problèmes de pied/cheville |
| <input type="checkbox"/> Diminution de la vision | <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Fourmillements |
| <input type="checkbox"/> Diminution de l'ouïe | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Gaz | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de mâchoire | <input type="checkbox"/> Hypotension | <input type="checkbox"/> Problèmes rénaux | <input type="checkbox"/> Arthrite |
| <input type="checkbox"/> Bruxisme | <input type="checkbox"/> AVC/AIT | <input type="checkbox"/> Problèmes urinaires | <input type="checkbox"/> Sang dans les selles |
| <input type="checkbox"/> Perte de goût/d'odorat | <input type="checkbox"/> Cholestérol | <input type="checkbox"/> Problèmes de prostate | <input type="checkbox"/> Sang dans les urines |
| <input type="checkbox"/> Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Hémorroïdes |
| <input type="checkbox"/> Troubles alimentaires | <input type="checkbox"/> Pieds/Mains froid(e)s | <input type="checkbox"/> Problème de cou | <input type="checkbox"/> Fièvre |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie | <input type="checkbox"/> Problèmes de dos | <input type="checkbox"/> Problèmes de fertilité |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie | <input type="checkbox"/> Problèmes de bassin | <input type="checkbox"/> Syndrome prémenstruel |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Sueurs/Frissons | <input type="checkbox"/> Problèmes de pubis | <input type="checkbox"/> Douleurs menstruelles |
| <input type="checkbox"/> Nervosité | <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes | <input type="checkbox"/> Problèmes de coccyx | <input type="checkbox"/> Cycles irréguliers |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Perte/Prise de poids | <input type="checkbox"/> Problèmes d'aïne | <input type="checkbox"/> Règles trop abondantes |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Asthme/Souffle court | <input type="checkbox"/> Problèmes de bras | <input type="checkbox"/> Problèmes liés à la ménopaus |

Avez-vous déjà reçu un des diagnostics suivants :

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sclérose en plaque | <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Mononucléose | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Spondylarthrite ankylosante | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde | <input type="checkbox"/> Sclérose latérale amyotrophique | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer | <input type="checkbox"/> Maladie de Lyme | <input type="checkbox"/> VIH |

Autre(s)

Qualité de vie et Niveaux de stress

La Chiropraxie se base sur la détection et l'ajustement de subluxations vertébrales. Les subluxations sont causées par les différents stress auxquels votre corps n'arrive pas ou plus à s'adapter.

Ces stress peuvent être de nature physique, chimique ou émotionnelle/mentale.

Merci de cocher les différents stress que vous avez pu expérimenter en tant qu'enfant, adolescent ou adulte.

• STRESS PHYSIQUES

	Enfant	Adolescent	Adulte	Explication
Naissance difficile (en tant que bébé ou maman)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accident de voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blessure sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maltraitance physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blessure de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mauvaise posture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'asseoir sur son portefeuille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sommeil de faible qualité ou quantité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beaucoup de temps sur l'ordinateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Port d'un sac à main ou sac à dos lourd ou d'un enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mouvements répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Métier physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beaucoup de temps en voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beaucoup de temps assis ou debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fracture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autre

Portez-vous des semelles ou talonnettes ? Oui Non

Comment considérez-vous votre état de santé physique ?

Excellente Bonne Correcte Mauvaise

S'améliore S'empire

• **STRESS ÉMOTIONNELS**

	Enfant	Adolescent	Adulte	Explication
Rupture/divorce difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stress professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stress familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Finances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie physique/mentale récurrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rythme de vie effréné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Émotions refoulées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pics de colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maltraitance verbale / émotionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perfectionniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Complexé physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Moqué/humilié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie ou perte d'un être aimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficulté à lâcher prise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sentiment d'insécurité / Beaucoup de peurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autre

Comment considérez-vous votre état de santé mentale/émotionnelle ?

Excellente Bonne Correcte Mauvaise

S'améliore S'empire

• **STRESS CHIMIQUES**

	Enfant	Adolescent	Adulte	Explication
Environnement (air/eau pollué)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fumeur/tabagisme passif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consommation élevée de sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentation déséquilibrée/pauvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Caféine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Édulcorants (faux sucres type aspartame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boissons énergétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vaccins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicaments prescrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicaments en vente libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antibiotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Travail avec des produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Empoisonnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autre

Comment considérez-vous votre état de santé chimique ?

Excellente Bonne Correcte Mauvaise S'améliore S'empire

Antécédents familiaux

Trouble	Père	Mère	Conjoint	Frères ou sœurs	Enfants
TDA/H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trouble	Père	Mère	Conjoint	Frères ou sœurs	Enfants
Problèmes de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énurésie (pipi au lit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bursite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs thoraciques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes discaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trisomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes émotionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brûlures d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome de l'intestin irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infertilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs de cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Névrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerf « coincé »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre

Que faites-vous pour vous aider à aller bien/mieux ?

Précisez si besoin

- | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> Etirements | <input type="checkbox"/> Musique |
| <input type="checkbox"/> Nature | <input type="checkbox"/> Méditation | <input type="checkbox"/> Coaching |
| <input type="checkbox"/> Exercices de respiration | <input type="checkbox"/> Lecture | <input type="checkbox"/> Thérapie |
| <input type="checkbox"/> Yoga | <input type="checkbox"/> Prière | |

Autre

Vous souhaitez nous en dire plus sur vous ? C'est ici !