



# NORTHERN FAMILY

## CHIROPRACTIC & REHAB

### Formulaire Confidentiel Pour Nouveaux Patients

Date: \_\_\_\_\_ (mm/jj/aaaa)

Surnom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Suite/Apt #: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Téléphone Résidentiel#: \_\_\_\_\_ Téléphone Bureau #: \_\_\_\_\_

Téléphone mobile #: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Date Naisance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_  
mm/jj/aaaa

Médecin de Famille: \_\_\_\_\_ (Nom) (Adresse)

Permission de communiquer de votre dossier avec votre médecin au besoin: OUI / NON

Occupation: \_\_\_\_\_

Contact d'Urgence: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Relation: \_\_\_\_\_

#### Comment avez-vous entendu parler de notre clinic?

- Ami(e) ou Connaissance (nom): \_\_\_\_\_
- Membre de ma Famille (nom): \_\_\_\_\_
- Autres Professionel de la Santé (specifier svp): \_\_\_\_\_
- Nos affiches
- Notre siteweb
- Facebook/Instagram
- Autres (specifier svp): \_\_\_\_\_



# NORTHERN FAMILY CHIROPRACTIC & REHAB

## Motifs de la Consultation

**Ceratin patients viennent nous voir en raison de douleurs, d'autre pour plus de performances.  
Comment pouvons-nous vous aider**

- J'ai subi une blessure récente. Je suis en douleur et j'ai besoin d'aide.
- Je souffre d'une vieille blessure.
- Je ne sais pas ce que j'ai fait mais mon mal progresse.
- Mon corps ne bouge plus comme avant.
- Je n'ai pas mal, mais aimerais améliorer mes abiletées physique.
- Je suis intéressé à un examen de maintenance.

**SVP faites une liste et decrivez la location de vos symptoms en ordre de severité:**

1)

---

2)

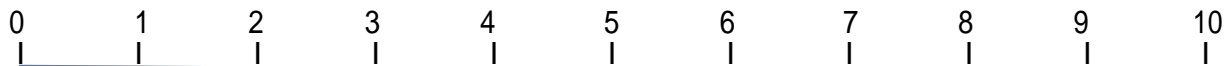
---

3)

---

**Quand et comment est-ce que votre condition est-elle commencée?**

**Si vous éprouver du mal, svp évalué votre niveaux de mal présentement sur cette echelle de 10 points  
(10 = mal sévère, 0 = aucun mal).**



**Comment décrivez-vous vos symptomes?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Douleur aigu    | <input type="checkbox"/> Shooting pain       | <input type="checkbox"/> Perte de mouvement ou fonction |
| <input type="checkbox"/> Douleure sourde | <input type="checkbox"/> Achiness            | <input type="checkbox"/> Aggravé avec mouvement         |
| <input type="checkbox"/> Engourdissement | <input type="checkbox"/> Raideur             | <input type="checkbox"/> Amélioration avec mouvement    |
| <input type="checkbox"/> Faiblesse       | <input type="checkbox"/> Pression/Élancement | <input type="checkbox"/> Autre:                         |
| <input type="checkbox"/> Poignard        | <input type="checkbox"/> Brûlure             |   |



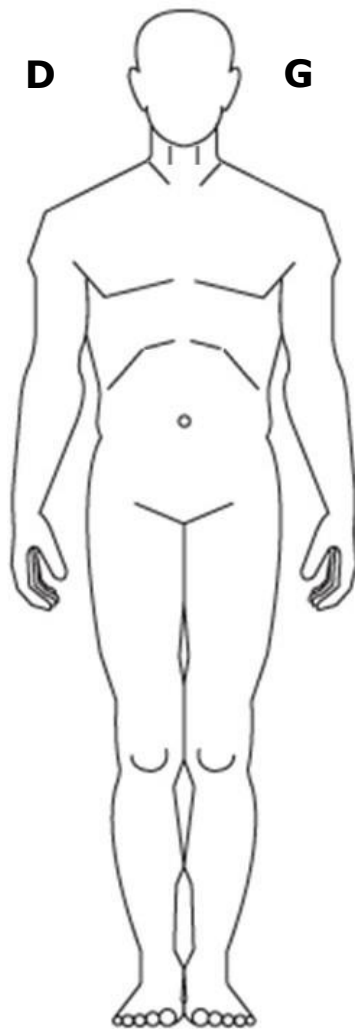
# NORTHERN FAMILY CHIROPRACTIC & REHAB

## Diagramme des Symptomes

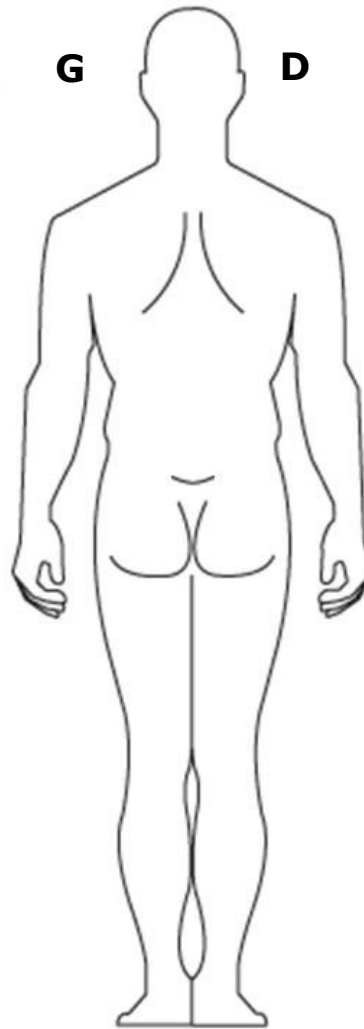
Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Dans le diagramme si dessous, veuillez indiquer les regions de votre corps où d'après vous représente le mieux votre/vos mal(s) et sensation(s) que vous experience. Svp inclure toute les regions affectées et dessinez un visage qui décrit vos sentiments presentement.



**De Face**



**De Dos**



# NORTHERN FAMILY

## CHIROPRACTIC & REHAB

**J'ai des moments Durant la journée où est-ce que je n'ai aucun mal:**

- Oui
- Non

**Mon mal m'empêche d'effectuer les taches que je dois faire Durant la journée:**

- Non, pas du tout
- Quelque peu
- Modérément
- Oui, considerablement

**Qu'est-ce qui vous offres du soulagement?**

**Quel autre professionnel avez-vous consulté pour votre mal?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin de famille            | <input type="checkbox"/> Chiropraticien   |
| <input type="checkbox"/> Spécialist orthopédique       | <input type="checkbox"/> Physiothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Neurologue                    | <input type="checkbox"/> Massothérapeute  |
| <input type="checkbox"/> Rhumatologue                  | <input type="checkbox"/> Naturopathe      |
| <input type="checkbox"/> Medicine Spécialisé en sports | <input type="checkbox"/> Autre: _____     |

**Prenez-vous des médicaments ou suppléments? Si oui, précisez:**

- 
- 
- 
- 

*Si la liste est trop longue, svp faire provenir une copie de la liste à notre clinic*

**Comment décrivez-vous votre santé en général?**    Excellent / Bonne / Déclinante / Mauvaise



# NORTHERN FAMILY

## CHIROPRACTIC & REHAB

**Comprendre vos antécédants familiaux peut nous aider à supporter votre cas. Est-ce qu'un member de votre famille est ou a été atteint de:**

- |                                   |  |  |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Ostéoporose               | <input type="checkbox"/> CVA           |
| <input type="checkbox"/> Cancer   | <input type="checkbox"/> Problème auto-immunitaire | <input type="checkbox"/> Hypertension  |
| <input type="checkbox"/> Diabète  | <input type="checkbox"/> Problème cardiovasculaire | <input type="checkbox"/> Autres: _____ |

**Parlez-nous de votre style de vie. Avez-vous**

- Un style de vie actif
- Un style de vie sédentaire
- Une capacité cardiovasculaire affaiblie \_\_\_\_\_ ou forte \_\_\_\_\_
- Fumez-vous? Si oui, combine de cigarettes par jour? \_\_\_\_\_
- Avez-vous fumé dans le passé?
- Buvez-vous de l'alcool? Si oui, combien de verres par jour \_\_\_\_\_ ou par semaine \_\_\_\_\_
- Exercice quotidien?
- Exercice hebdomadaire?
- Assez de sommeil? Combien d'heures par nuit \_\_\_\_\_
- Réveillez-vous encore fatiguer?
- Une diète balancée?
- Suivez-vous une diète spécifique? Si oui, laquelle? \_\_\_\_\_



# NORTHERN FAMILY

## CHIROPRACTIC & REHAB

**Avez-vous eu (✓) ou avez-vous actuellement (X) des problèmes de :**

### Gastro-intestinal

- Manqué d'appétit
- Indigestion
- Trop d'appétit
- Vomissement
- Constipation
- Jaunice
- Ulcères
- Diabète
- Diarrhée

### Neurologique

- Vertiges
- Évanouissement
- Problème à parler
- Problème à avaler
- Vision floue
- Double vision
- Maladresse
- Engourdissement

### Génito-urinaire

- Problème d'uriner
- Sang dans l'urine
- Trouble rénaux
- Infection urinaires
- Trouble de prostate

### Cardio-vasculaire

- Trouble de saignement
- Hypertension
- Accident vasculaire cérébral
- Caillaux sanguin
- Mal de poitrine
- Angine
- Veine varice
- Œdème/enflures
- Troubles circulatoires

### GU Femme

- Menstruation douloureuse
- Écoulement excessif
- Symptômes de ménopause
- Cycles absent/irréguliers
- Crampes/ maux de dos
- Décharges vaginales
- Poitrines enflées
- Masses dans la poitrine

### Présentement/précédemment sur contraceptifs?

- Oui
- Non

**Nombre de grossesses? \_\_\_\_\_**

**Nombres d'enfants? \_\_\_\_\_**

### Muscles et Joints

- Douleurs au cou
- Douleurs au milieu de dos
- Douleurs au bas de dos
- Douleurs au coccyx
- Douleurs aux épaules
- Douleurs aux bras/coudes
- Douleurs aux mains
- Douleurs aux hanches
- Douleurs aux genoux
- Douleurs aux pieds
- Arthrites
- Faiblesses

### Symptômes Générales

- Perte de conscience
- Amnésie
- Maux de tête
- Fièvres
- Transpiration excessive
- Transpiration nocturne
- Perte de poids
- Douleurs nocturnes
- Anxiété
- Convulsion
- Douleurs générales

### Respiratoire

- Asthme
- Toux chronique
- Problème respiratoire
- Tousser du sang
- Tousser du flegme

### Dermatologie

- Éruptions
- Ecchymoses
- Peau sèches

### Yeux/Oreilles/Nez/Cou

- Vision affaiblie
- Douleurs aux yeux
- Perte d'ouïe
- Douleurs d'oreille
- Bourdonnement
- Rhumes fréquents
- Thyroïde/glande agrandit
- Infections

### Avez-vous déjà eu:

- Cancer
- VIH/SIDA
- Hépatite A/B/C
- Troubles de santé mentale



# NORTHERN FAMILY

## CHIROPRACTIC & REHAB

### Précision de l'Information

Je déclare que toute l'information médicale dans ce formulaire est juste d'après mes connaissances.

### Confidentialité et échange d'informations personnelles

J'autorise la clinique et tous les professionnels de la santé associés avec celle-ci de recueillir mon information personnelle et médicale documenté dans ce formulaire et durant ma visite. En plus, j'autorise la clinique et tous les professionnels de la santé associée avec celle-ci de communiquer avec mon médecin de famille et/ou le médecin qui m'a référé de façon jugée nécessaire pour optimiser mon traitement. Je comprends que mon information personnelle et médicale est confidentielle et qu'elle sera fourni a un autre parti qu'avec mon autorisation seulement

J'accepte.

### Politique d'annulation de rendez-vous

Votre temps de rendez-vous est réservé pour vous. Nous vous demandons de nous aviser au moins 24h d'avance pour annulations ou changements. Les patients qui ne respecteront pas cette période de temps ou qui manque leur rendez-vous peuvent être soumis à un frais d'annulation.

J'ai lu et comprend la politique d'annulation

### SVP lire les déclarations suivantes : ensuite marquez les boîtes et signez si dessous :

Les traitement chiropratique peuvent être couvert par des plan d'assurances santés au travail, la CSPAAT (accident au travail), et MVA (accident d'auto) cependant; dans le cas où les assurances ou tout autres parties ne couvre pas/plus mes frais de traitement, je m'engage à être responsable de payer mes frais.

J'ai répondu à toutes les questions demandées et j'atteste que toute les informations fournis sont correctes et complète. Je comprends que si j'ai choisi de ne pas divulguer toute l'information nécessaire, ceci peut avoir un impact négatif afin de recevoir des traitement efficace et prudent.

Les chiropraticiens à Northern Family Chiropractic & Rehab travail en équipe, et il peut arriver qu'ils collaborent sur des cas afin d'optimiser la qualité des services. Je consente à mon équipe chez Northern Family Chiropractic & Rehab de collaborer sur mon cas.

Si jamais je suis non disponible pour répondre au téléphone quand appeler par Northern Family Chiropractic & Rehab, je les autorise de me laisser un message pour moi à propos de mes rendez-vous aux numéros de téléphone fournis.

Je donne mon consentement à Northern Family Chiropractic & Rehab d'obtenir ou libérer mon information médicale quand jugé nécessaire en accord avec les politiques de confidentialité.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

16 9<sup>th</sup> Street  
Hearst, ON  
P0L1N0  
(705) 362-5352

105A Brunelle Road North  
Kapusksing, ON  
P5N 2M1  
(705) 371-2223