

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : (J/M/A) ____/____/____

Statut civil : Marié Conjoint de fait Célibataire Divorcé Veuf Autre Sexe : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Tél. résidence : _____ Tél. cellulaire : _____

Tél. bureau : _____ Courriel : _____

De quelle façon est-ce préférable de vous rejoindre? Tél. résidence Cellulaire Tél. bureau Courriel

Autorisez-vous la clinique à communiquer avec vous par courriel? Oui Non

Autorisez-vous la clinique à laisser un message au numéro spécifié pour confirmer un rendez-vous? Oui Non

Occupation : _____ Présentement en arrêt de travail? Oui Non

Avez-vous des enfants? Oui Non Combien? _____

Référé par : Autre professionnel Nom : _____ Clinique : _____

Conjoint Ami Parent Collègue de travail Nom : _____

Publicité Site web Pages jaunes Facebook Google Autre : _____

Nom de votre médecin de famille : _____

Dernier rendez-vous : _____ Date du dernier examen médical : _____

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien? Oui Non

Qui? _____ Quand? _____

Consultez-vous pour un problème relié à un accident de travail (CSST)? Oui Non

Consultez-vous pour un problème relié à un accident de voiture (SAAQ)? Oui Non

Nom de l'agent : _____ Numéro de dossier : _____

Avez-vous des soins payés par le programme des Anciens combattants ou de l'IVAC? Oui Non

Acceptez-vous que nous répondions aux demandes de votre assureur, d'Anciens Combattants Canada, de l'IVAC, de la CSST ou de la SAAQ à propos des dates de vos traitements et des montants payés lors de ces traitements? Oui Non

Personne à rejoindre en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____

Lien avec vous : _____

J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer les examens qu'il jugera nécessaires à l'ouverture de mon dossier. Il est possible que certains patients ressentent des courbatures ou une légère aggravation des symptômes suite à l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée, mais il est important de les mentionner au chiropraticien à votre prochaine visite.

Signature du patient ou de la personne responsable : _____

Date : _____

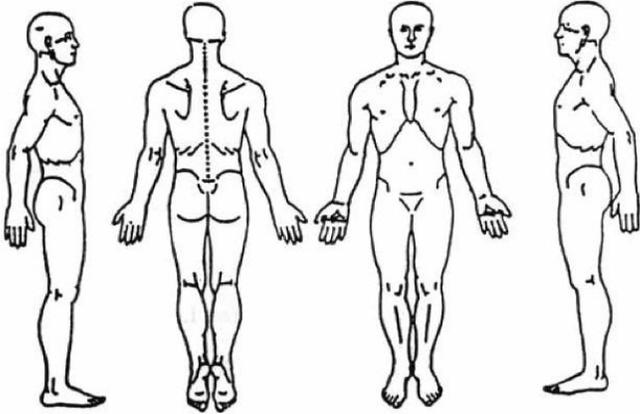
QUESTIONNAIRE D'ADMISSION

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naiss. (J/M/A) : ____/____/____

Consultez-vous : En prévention Pour un problème en particulier

S'il y a lieu, veuillez indiquer les endroits douloureux sur le dessin



Quel est votre motif de consultation principal?

Quels sont vos autres problèmes par ordre d'importance?

- Depuis combien de temps ressentez-vous votre problème principal? _____
- Quelle est l'intensité de la douleur? Peu de douleur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur extrême
- Ce problème vous affecte combien de jours par semaine? 1 2 3 4 5 6 7
- Comment est survenu ce problème? Graduellement Subitement Suite à un accident Je ne sais pas
- Votre problème est-il plus intense...? au lever le jour le soir la nuit

Avez-vous consulté quelqu'un d'autre pour votre condition? Oui Non

Qui? _____ Quand? _____

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? Oui Non **Avez-vous été hospitalisé?** Oui Non

Si oui, précisez : _____

Avez-vous été traité pour d'autres problèmes de santé au cours de la dernière année? Oui Non

Description _____

Historique de traumatismes :

Avez-vous déjà : Subi des chutes (au travail, enfance, à la maison, etc.)? Oui Non _____

Été impliqué dans un accident de voiture/moto/autre? Oui Non _____

Subi une fracture ou dislocation? Oui Non _____

Subi une blessure sportive (entorse, commotion, etc.)? Oui Non _____

Été victime d'un autre accident? Oui Non _____

Prenez-vous actuellement des médicaments (avec ou sans prescription), des produits naturels ou des suppléments alimentaires?

Oui Non **Lesquels?** : _____

Anti-inflammatoires Relaxants musculaires Analgésiques Haute pression Cholestérol Anovulants

Glande thyroïde Diabète Antidépresseurs Anxiolytiques Autres : _____

Date de votre dernier examen : physique _____ sanguin _____ urinaire _____

Êtes-vous? Fumeur Ancien fumeur Non-fumeur

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

Général

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sueurs nocturnes | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Gain de poids | <input type="checkbox"/> Perte de poids inexpliquée |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Autre problème psychologique |

Neurologique

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Étourdissements/vertiges | <input type="checkbox"/> Perte de mémoire | <input type="checkbox"/> Difficulté à parler | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Évanouissement | <input type="checkbox"/> Mal de tête | <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Difficulté à marcher |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Faiblesses | <input type="checkbox"/> Tremblements |

Musculo-squelettique

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Blessure à la tête |
| <input type="checkbox"/> Blessure au cou | <input type="checkbox"/> Blessure au dos | <input type="checkbox"/> Hernie discale | <input type="checkbox"/> Scoliose |

Endocrinien

- | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie | <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Autre problème hormonal |
|---|--|----------------------------------|--|

ORL

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trouble de vision | <input type="checkbox"/> Vision double | <input type="checkbox"/> Perte d'audition | <input type="checkbox"/> Acouphène |
| <input type="checkbox"/> Douleur à l'oreille | <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Troubles buccaux | <input type="checkbox"/> Saignement de nez |

Respiratoire

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire | <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine |
|---------------------------------|-------------------------------|--|--|

Autre

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Embolie | <input type="checkbox"/> Infarctus | <input type="checkbox"/> Arythmie |
| <input type="checkbox"/> Haute pression | <input type="checkbox"/> Basse pression | <input type="checkbox"/> Cholestérol élevé | <input type="checkbox"/> Allergies : _____ |
| <input type="checkbox"/> Brûlement d'estomac | <input type="checkbox"/> Ulcères | <input type="checkbox"/> Difficulté à uriner | <input type="checkbox"/> Incontinence |

Hommes

- | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problème de prostate | <input type="checkbox"/> Trouble érectile | <input type="checkbox"/> Problème testiculaire | <input type="checkbox"/> ITSS (MTS) |
|---|---|--|-------------------------------------|

Femmes

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bouffées de chaleur | <input type="checkbox"/> Règles absentes | <input type="checkbox"/> Règles irrégulières | <input type="checkbox"/> Règles douloureuses |
| <input type="checkbox"/> Douleur aux seins | <input type="checkbox"/> Ménopause | <input type="checkbox"/> ITSS (MTS) | <input type="checkbox"/> Infertilité |

Êtes-vous enceinte? Oui Non Si oui, quelle est la date prévue pour l'accouchement _____

Sommeil : Heures de sommeil par nuit en moyenne _____ Position de sommeil dos ventre côté (D ou G)

Au réveil, vous êtes : bien reposé fatigué incapable de vous lever

Activités (sports/loisirs) : _____

Stress : sur une échelle de 0 à 10, à combien se situe votre niveau de stress? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Alimentation : Avez-vous des inquiétudes au sujet de votre alimentation? Oui Non Si oui, décrire : _____

Avez-vous d'autres inquiétudes au sujet de votre santé? Oui Non Si oui, décrire : _____

Antécédents familiaux : (problème cardiaque, diabète, cancer, arthrite, problème de thyroïde, cholestérol élevé, AVC, etc.)

Mère : _____

Frères/sœurs : _____

Je déclare avoir rempli ce questionnaire au meilleur de mes connaissances.

Signature du patient ou de la personne responsable _____ Date : _____

QUESTIONNAIRE DE TRIAGE COVID-19 – Personnes de 6 ans et plus

	Questions	Oui	Non
1	Avez-vous la sensation d'être fiévreux, d'avoir des frissons comme lors d'une grippe, ou une fièvre mesurée avec une température prise par la bouche égale ou supérieure à 38.1 °C (100,6 °F) ?		
2	Avez-vous de la toux récente ou une toux chronique aggravée depuis peu ?		
3	Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé ?		
4	Avez-vous une perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale, avec ou sans perte de goût ?		
5	Avez-vous mal à la gorge ?		
6	Avez-vous reçu la consigne de vous placer en isolement préventif (p. ex. : de retour d'un voyage à l'étranger depuis moins de 14 jours ¹ , contact d'un cas confirmé de COVID-19) ?		
7	Avez-vous reçu une recommandation de passer un test de dépistage ou êtes-vous en attente du résultat ?		
8	Êtes-vous actuellement en isolement pour un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 ?		
9	Avez-vous été en contact étroit (au moins 15 minutes à moins de 2 mètres) avec un cas confirmé ou probable de la COVID-19 sans avoir porté l'équipement de protection individuelle approprié dans les 14 derniers jours ?		
10	Souffrez-vous d'un des symptômes généraux suivants ? :		
	• Diarrhée		
	• Nausées ou vomissements		
	• Mal de ventre		
	• Fatigue intense inhabituelle sans raison évidente		
	• Perte d'appétit importante		
	• Douleurs musculaires généralisées ou courbatures inhabituelles (non liées à un effort physique)		
	• Mal de tête inhabituel		

Toute personne qui répond oui à une seule des questions 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 ou 9 ou qui répond oui à au moins deux des symptômes de la question 10 ne peut être reçue à la clinique. Elle doit se faire offrir une téléconsultation ou être dirigée vers le professionnel le plus approprié en fonction de sa condition.

¹ Sont exemptés de l'isolement obligatoire et peuvent donc être reçus en clinique les gens qui, **si asymptomatiques**, :

- fournissent des services essentiels
- assurent le transport de biens ou de personnes essentiels
- doivent recevoir des soins médicaux dans les 36 heures suivant leur entrée au Canada (non liés à la COVID-19)
- traversent régulièrement la frontière pour travailler (déplacements habituels qui sont généralement définis comme quotidiens ou hebdomadaires)
- sont des étudiants qui traversent régulièrement la frontière pour aller à l'école (un ou plusieurs jours par semaine)
- vivent dans une communauté transfrontalière intégrée
- sont entièrement vaccinés à condition d'être un citoyen canadien, un résident permanent du Canada, une personne inscrite en vertu de la *Loi sur les indiens* ou une personne protégée (demandeur d'asile)
- certains voyageurs complètement vaccinés (consultez le site Internet ci-dessous pour plus de détails)

Pour plus de détails sur les exemptions de mise en quarantaine, consultez le site Internet suivant : <https://voyage.qc.ca/voyage-covid/voyage-restrictions/isolement>

Notez aussi que le gouvernement du Québec n'impose pas de mesure d'isolement aux personnes qui arrivent d'une autre province.