

Questionnaire de Qualification

Date : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Votre âge : _____ ans

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

De quelle façon est-ce préférable de vous joindre : Tél. (résidence) Cellulaire Tél. (travail) courriel

Tél. (résidence) : _____

Cellulaire : _____

Tél. (travail) : _____

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

Nom Conjoint(e) : _____

Votre occupation : _____

Personne à joindre en cas d'urgence : Nom : _____ Prénom : _____

Tél. : _____ Lien avec vous : _____

Je suis référé(e) ici par : Mon médecin Autre chiropraticien Un thérapeute Un patient

Son nom _____

Si thérapeute, quelle est sa profession _____

J'ai aperçu une :

Chronique dans le journal Publicité. Laquelle : _____

Internet Autre. SVP précisez : _____

Afin de nous aider à mieux vous servir et à établir le bon diagnostic, veuillez prendre le temps de bien remplir la suite de ce questionnaire. Si vous avez besoin d'aide, n'hésitez pas à demander l'aide de nos assistantes. Merci de votre collaboration !

1. Quel est le **problème principal** pour lequel vous nous consultez ?

- Douleur chronique au bas du dos SANS irradiations dans les jambes
- Douleur chronique au bas du dos accompagnée d'irradiations dans la jambe droite gauche
- Douleur dans la(les) jambe(s) droite gauche sans (ou peu) de douleur au bas du dos
- Douleur au cou SANS irradiations dans les bras
- Douleur au cou accompagnée d'irradiations dans le bras droit gauche
- Douleur dans le(les) bras droit gauche sans (ou peu) de douleur au cou
- Douleur dorsale (milieu du dos) où : _____
- Maux de têtes / migraines, précisez : _____
- Autre, précisez _____

Quel est le problème qui vous incommode le plus en ce moment :

- Cou Bas du dos Douleur dorsale Maux de têtes/migraines autre _____

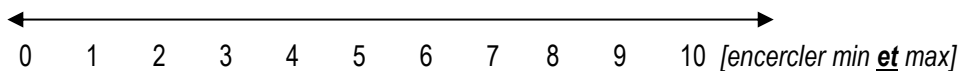
2. Depuis quand ressentez-vous ce(s) problème(s) ? _____

Considérez-vous que ce problème :

- S'améliore Est stable S'aggrave

3. Actuellement (au cours des derniers jours), quelle est l'intensité de votre problème ?

(0 étant aucun symptôme et 10 étant la pire intensité jamais ressentie)



4. Votre problème :

- Est ressenti de façon constante
- L'intensité varie
- Se manifeste par crises/périodes

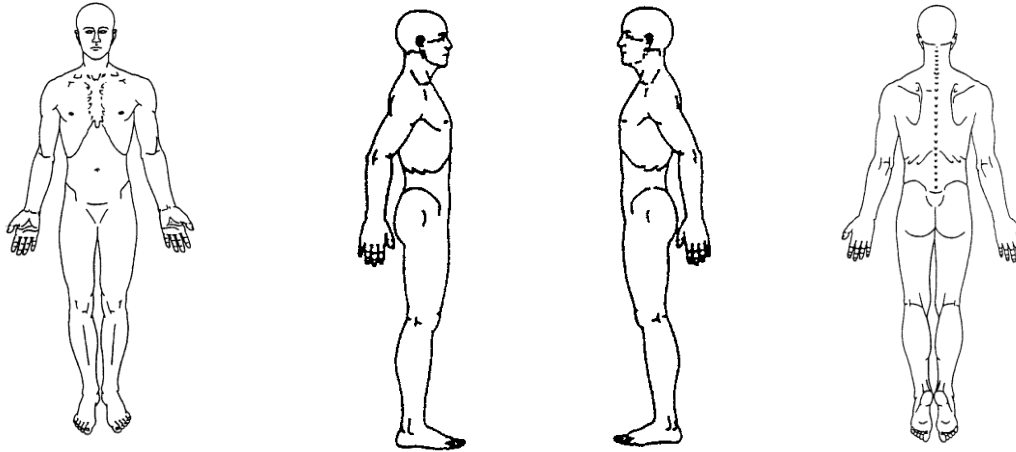
5. À quelle fréquence ressentez-vous ce problème ?

- Tous les jours
- Environ 2 fois par semaine
- Environ 2 fois par mois
- En moyenne 1 fois aux 2 mois
- Environ 2 fois par année
- Environ aux 2 jours
- En moyenne 1 fois par semaine
- En moyenne 1 fois par mois
- Environ 1 fois par saison
- Environ 1 fois par année Moins de 1 fois par année

6. À quel moment de la journée votre problème se manifeste-t-il le plus ?

- Au lever En avant-midi En fin d'après-midi En soirée La nuit

7. Veuillez localiser, sur les dessins, l'emplacement de la douleur que vous ressentez :



8. Comment décririez-vous votre douleur ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Engourdissements/Picotements | <input type="checkbox"/> Pulsative | <input type="checkbox"/> Élançements aigus |
| <input type="checkbox"/> Sensation de brûlure | <input type="checkbox"/> Sensation de chocs électriques | <input type="checkbox"/> Pression |
| <input type="checkbox"/> Lancinante / sourde / diffuse | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

9. Qu'est-ce qui a déclenché le problème ?

- Un accident : _____
- Une chute : _____
- Des mauvaises postures : _____
- Un traumatisme : _____
- Autre : _____
- Je ne sais pas, c'est apparu sans raison particulière.

10. Quel professionnel avez-vous consulté ?

- Mon médecin de famille. Son nom : _____
- Un médecin à l'hôpital
- Un médecin spécialiste (neurologue, orthopédiste, etc.). Son nom : _____
- Un chiropraticien. Son nom : _____
- Autre : _____
- Je n'ai pas consulté

11. Quels sont les tests qu'il a faits afin d'établir son diagnostic ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun test n'a été fait | <input type="checkbox"/> Radiographies |
| <input type="checkbox"/> Tests sanguins | <input type="checkbox"/> Test d'urine |
| <input type="checkbox"/> Résonance magnétique (IRM) | <input type="checkbox"/> Tomographie axiale (TACO/SCAN) |
| <input type="checkbox"/> Ponction lombaire | <input type="checkbox"/> Électrocardiogramme |
| <input type="checkbox"/> Myélographie | <input type="checkbox"/> EMG |

12. Quel a été le diagnostic ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Je ne me souviens pas | <input type="checkbox"/> Il ne me l'a pas dit |
|--|---|

Si vous avez coché l'une des cases précédentes, merci de passer directement à la question numéro 13.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lombalgie chronique | <input type="checkbox"/> Cervicalgie chronique |
| <input type="checkbox"/> Lombo-sciatalgie | <input type="checkbox"/> Cervico-brachialgie |
| <input type="checkbox"/> Syndrome du sacro-iliaque | <input type="checkbox"/> Myélopathie cervico-arthrosique |
| <input type="checkbox"/> Syndrome facettaire | <input type="checkbox"/> Discarthrose / arthrose cervicale |
| <input type="checkbox"/> Dégénérescence discale (usure, arthrose) | <input type="checkbox"/> Bombement discal |
| <input type="checkbox"/> Hernie discale | <input type="checkbox"/> Syndrome radiculaire |
| <input type="checkbox"/> Syndrome de la queue de cheval | <input type="checkbox"/> Syndrome de cône terminal |
| <input type="checkbox"/> Sténose du canal rachidien | <input type="checkbox"/> Syndrome du défilé thoracique |
| <input type="checkbox"/> Syndrome de la chirurgie ratée (<i>si vous avez déjà subi une intervention chirurgicale</i>) | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

13. Que vous a-t-il prescrit ? (*plus d'une réponse est possible*)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Du repos | <input type="checkbox"/> Des exercices |
| <input type="checkbox"/> Des anti-inflammatoires | <input type="checkbox"/> Des analgésiques |
| <input type="checkbox"/> D'autres types de médicaments. Lesquels : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Il m'a référé(e) à un chiropraticien | <input type="checkbox"/> Il m'a référé(e) en physiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Il m'a référé(e) à un spécialiste. Quelle spécialité ? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Il m'a retourné(e) à la maison sans rien me prescrire | |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ | |

14. Si vous avez rencontré un autre professionnel (chiropraticien, physiothérapeute, orthopédiste, neurologue, etc.), quelle a été la nature des soins que vous avez reçus ?

(Plus d'une réponse est possible)

- TENS
- Courant interférentiel (thérapie électrique appliquée sur la région affectée)
- Ultrasons
- Étirements
- Mobilisations vertébrales données par un professionnel autre qu'un chiropraticien
- Manipulations (ajustements) vertébrales prodiguées par un chiropraticien
- Nouvelle prescription de médicament
- Injection locale de cortisone
- Bloc facettaire
- Bloc épidural
- Blocage radiculaire
- Chirurgie vertébrale

15. Qu'est-ce qui aggrave le problème ? (plus d'une réponse est possible)

- La station assise
- La position couchée sur le côté droit / gauche / sur le dos / sur le ventre
- Passer de assis à debout
- La chaleur
- Lever des charges lourdes
- Mon travail
- Certains aliments. Lesquels : _____
- La station debout
- Le froid
- La température (la météo)
- Le stress
- Les mouvements de la région affectée

16. Quelles autres méthodes avez-vous essayées (autres que la médication) qui ont donné des résultats positifs ?

- Je n'ai rien essayé d'autre
- Chiropratique
- Repos
- Compresses chaudes
- Stimulation électrique (TENS)
- Produits naturels. Lesquels : _____
- Acupuncture
- Massages
- Activité physique (exercices)
- Application de glace
- Modifications alimentaires

17. Quels médicaments (prescrits ou en vente libre) prenez-vous pour vous soulager ?

(Pour le problème pour lequel vous consultez)

Je ne prends pas de médicament pour soulager ce problème.

Je prends le(s) médicament(s) suivants :

<u>Nom du médicament</u>	<u>Dosage quotidien (mg)</u>
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____

D'autre(s) dont je ne me rappelle pas le nom

18. Y a-t-il des membres de votre famille qui souffrent du même problème ?

Non

Oui, lesquels ? _____

Mère

Père

Sœur(s) / frère(s)

Enfant(s)

Parenté du côté de ma mère

Parenté du côté de mon père

19. Avez-vous pratiqué, avant l'âge de 16 ans, des sports de contact/extrêmes (Hockey, motorcross, etc) ?

Non

Oui. Lequel ou lesquels : _____

20. Avez-vous pratiqué, après l'âge de 16 ans, des sports de contact/extrêmes (Hockey, motorcross, etc) ?

Non

Oui. Lequel ou lesquels : _____

21. Pratiquez-vous actuellement un (ou des) sport(s) de contact/extrêmes (Hockey, motorcross, etc) ?

Non

Oui. Lequel ou lesquels : _____

22. Quels traumatismes (même mineurs) avez-vous subis depuis votre naissance ? (Merci d'être précis)

Blessures de sport : _____ à quel âge ? _____

_____ à quel âge ? _____

_____ à quel âge ? _____

Accidents d'auto : _____ année ? _____

_____ année ? _____

_____ année ? _____

Blessures au travail : _____ année ? _____

_____ année ? _____

_____ année ? _____

Autre : _____

23. MERCI DE COCHER LES SIGNES SUIVANTS DE DÉFAILLANCE D'ORGANE OU MALADIE QUE VOUS AVEZ DÉJÀ ÉPROUVÉE.

- Perte de vision/vision floue
- Surdité/acouphène
- Maux d'oreilles
- Mal de gorge/angine
- Problème de thyroïde
- Problème de sinus

Système cardiovasculaire

- Douleur dans la poitrine
- Souffle coupé
- Médicaments pour le cœur
- Médicaments pour la haute pression
- Médicaments pour le cholestérol
- Jambes enflées

Système respiratoire

- Bronchites fréquentes
- Historique de pneumonies
- Toux chronique
- Cracher du flegme/sang
- Difficultés respiratoires

Système digestif

- Br lements d'estomac/indigestion
- Crampes abdominales
- Constipation/diarrhée
- Allergies alimentaires
- Syndrome du colon irritable
- Ulcère
- Rots/gaz
- Nausées et vomissements
- Problèmes de foie/bile
- Trouble du colon
- Selles noires/sang dans les selles

Pour les femmes seulement

- Menstruations douloureuses
- Crampes ou maux de dos
- Post-ménopause
-  tes-vous enceinte ? Oui Non

- saignements excessifs/irréguliers
- Pertes anormales
- Fausses couches # _____
- Date de vos dernières menstruations _____

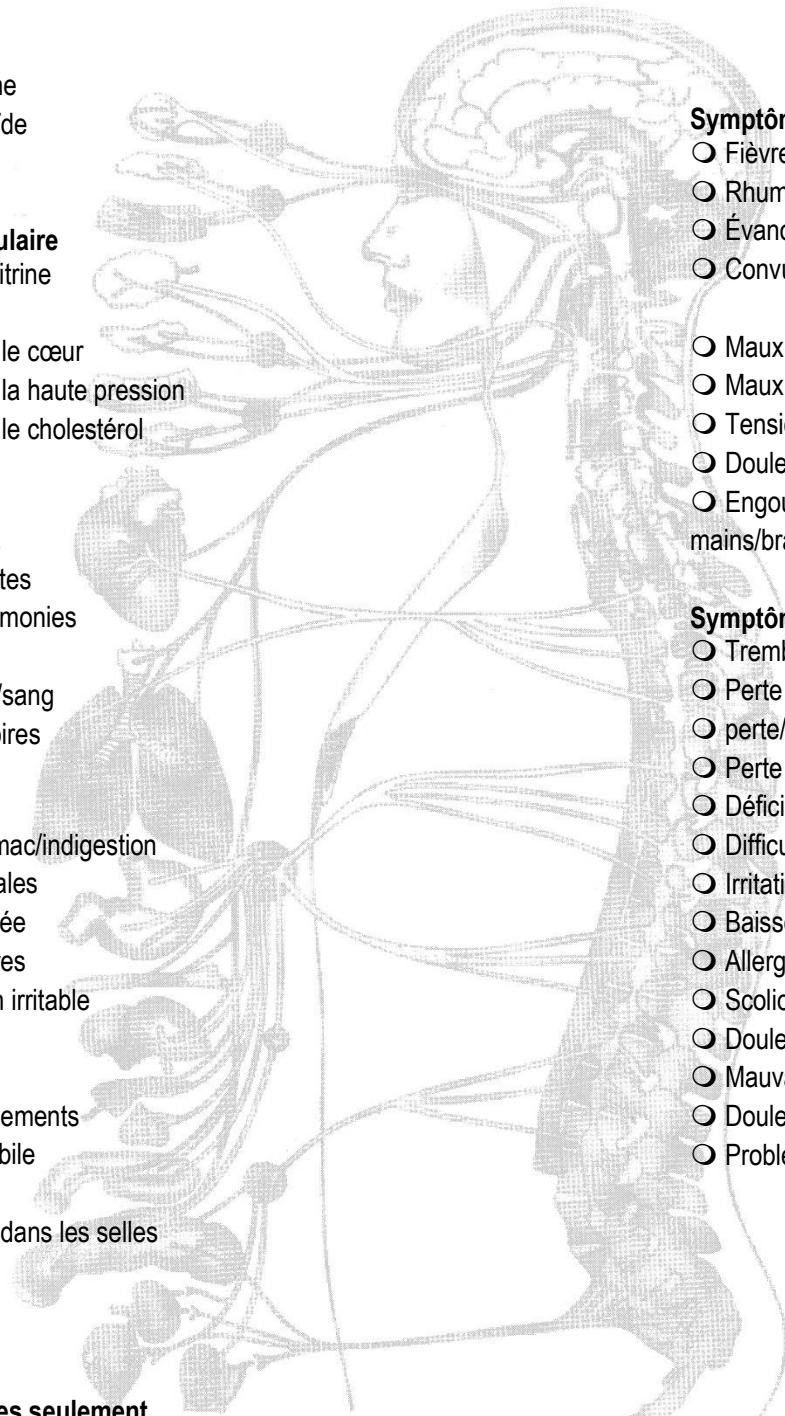
Symptômes généraux

- Fièvre/frissons/su es
- Rhumes fréquents
-  vanouissements/vertiges
- Convulsions

- Maux de tête/migraines
- Maux de cou/raideur
- Tension dans les épaules, G/D
- Douleurs dans le milieu du dos/raideur
- Engourdissement/picotement dans les mains/bras

Symptômes généraux

- Tremblement
- Perte de l'équilibre
- perte/gain de poids inexplicable
- Perte de sommeil
- Déficit de mémoire/concentration
- Difficultés d'apprentissage
- Irritation/nervosité/tension
- Baisse d'énergie/fatigue
- Allergies/asthme
- Scoliose
- Douleurs dans le bas du dos/raideur
- Mauvaise posture
- Douleur au coccyx
- Problèmes aux pieds, G/D



24. Avez-vous déjà été diagnostiqué pour l'une des conditions suivantes ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques | <input type="checkbox"/> Cancer. Lequel : _____ |
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Dépression / Burn-out |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson | <input type="checkbox"/> Angine de poitrine/crise de cœur |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Colites |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la thyroïde | <input type="checkbox"/> Anémie |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Dilatation de l'aorte abdominale |
| <input type="checkbox"/> Dilatation des carotides | <input type="checkbox"/> alcoolisme |
| <input type="checkbox"/> Dilatation des carotides | <input type="checkbox"/> Problème de peau. Lequel : _____ |
| <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune. Laquelle : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |

25. Quelles chirurgies avez-vous déjà subies ?

- | | |
|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Je n'ai jamais subi de chirurgie (<i> passez à la question 25</i>) | |
| <input type="checkbox"/> Ablation des amygdales | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ablation de la vésicule biliaire | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ablation de l'appendice | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie de l'aorte abdominale | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cataractes | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie visuelle au laser | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Hystérectomie partielle (utérus seulement) | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Hystérectomie complète (utérus & ovaires) | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie à la colonne vertébrale | |
| | Cou |
| | Dos |
| | Bas du dos |
| | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ablation d'un segment du côlon | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie aux sinus | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque (pontages) | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie au(x) genou(x) | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Remplacement des carotides | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie pour le tunnel carpien (poignet) | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> AVC | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | En quelle année? _____ |

26. Si vous prenez d'autres médicaments que ceux déjà mentionnés, veuillez les inscrire.

<u>Nom du médicament</u>	<u>Dosage quotidien (mg)</u>
5) _____	_____
6) _____	_____
7) _____	_____
8) _____	_____

27. Si nous avons cette même conversation dans 1 an, avec quel pourcentage d'amélioration estimeriez-vous que les soins amélioreraient votre vie ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 10% d'amélioration | <input type="checkbox"/> 20 % d'amélioration |
| <input type="checkbox"/> 30 % d'amélioration | <input type="checkbox"/> 40 % d'amélioration |
| <input type="checkbox"/> 50 % d'amélioration | <input type="checkbox"/> 60 % d'amélioration |
| <input type="checkbox"/> 70 % d'amélioration | <input type="checkbox"/> 80 % d'amélioration |
| <input type="checkbox"/> 90 % d'amélioration | <input type="checkbox"/> 100 % d'amélioration |

28. Comment votre condition affecte-t-elle votre qualité de vie ?

29. Comment votre condition affecte-t-elle votre vie de famille et/ou votre vie sociale ?

30. Si vous ne réglez pas ou n'améliorez pas votre problème actuel, comment prévoyez-vous qu'il affectera votre vie d'ici les 1 à 5 prochaines années ?

31. Si nous acceptons votre cas en soins, et si nous avons cette même conversation dans 12 mois, quels progrès souhaiteriez-vous voir ?

32. Quelle est votre motivation première (en dehors de la douleur) pour chercher une solution à votre condition (ex : plus de mobilité, famille, qualité de vie, pratiquer un sport...)?

33. Pensez-vous que votre condition peut s'améliorer ?

34. Autres précisions que vous aimeriez nous transmettre :

35. 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

Merci de nous aider à vous aider !

Je déclare que les renseignements fournis dans ce document et lors de mes discussions avec les docteurs en chiropratique sont justes et exacts.

J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer les examens qu'il jugera nécessaire 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.

Date :

Signature du patient ou de la personne responsable

Suite à l'analyse minutieuse de votre questionnaire, votre docteur en chiropratique vous rencontrera afin d'éclaircir certains points et procédera à des examens pour vérifier si votre problème relève de notre champ de compétences. Si tel n'est pas le cas, nous vous référerons au professionnel de la santé approprié.