

DOSSIER SANTE CONFIDENTIEL – ADULTE

Nom et Prénom : _____ Date : _____

Profession : _____ Date Naissance : _____

État Civil : _____ Nom de l'époux/se : _____

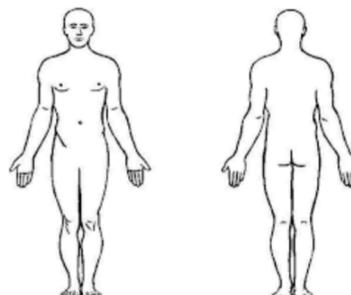
Nombre d'enfants : _____ Prénom(s) : _____ Date Naiss : _____

Comment avez-vous entendu parler du cabinet ? _____

MOTIF PRINCIPAL DE LA CONSULTATION

Indiquez les régions douloureuses :

.....
.....
.....
.....



Autre(s) motif(s) ou problème(s) de santé

.....
.....
.....

Avez-vous consulté un autre docteur/praticien pour cette condition ? non oui Qui ? _____

Avis donné / traitement reçu ? _____ Résultats obtenus ? _____

Quand et comment cette condition a-t-elle commencée ? _____

Avez-vous déjà souffert du même problème par le passé ? non oui Quand ? _____

La douleur / symptôme : va en s'améliorant est stable va en s'empirant
 est présente constamment va et vient
 irradie Où ? _____

Les activités suivantes augmentent la douleur / symptôme:

assis debout mouvements marcher lever poids froid humidité couché autre _____

Les activités suivantes diminuent la douleur / symptôme :

repos glace chaud masser/ pommade médicament : _____ autre _____

La douleur / symptôme est pire : le matin fin de journée la nuit

La douleur/ symptôme interfère avec :

travail /ménage /études sommeil mon calme vie sociale relations avec la famille
 activité récréatives (sport, hobby) capacité à se déplacer /voyager intérêt ou activité sexuelle

Cette condition vous **préoccupe**-t-elle ? oui non

Si oui, en quoi ? _____

Selon vous, pourquoi ce problème vous arrive-t-il ? _____

Pensez-vous que ce soit la seule raison ? oui non

Si non, quoi d'autre ? _____

Cette condition crée-t-elle des difficultés pour vous et/ ou votre entourage ?

Avez-vous dû changer vos habitudes depuis que ce problème existe ?

Y a-t-il des moments ou des activités durant le jour où vous oubliez totalement ou presque totalement cette condition ?

Si ce problème disparaissait demain, en quoi votre vie serait-elle différente ?

Quand vous êtes vous senti **vraiment** bien pour la dernière fois ? _____

Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre engagement à faire tout ce qui est en votre pouvoir pour guérir ce problème ? _____

Anamnèse physique

Stress à la naissance : naissance difficile césarienne forceps / ventouse

Avez-vous souffert les chocs/ surcharges physiques suivants :

chute dans les escaliers blessures sportives service militaire bagarre choc sur la tête

Au cours de votre vie, avez-vous :

été inconscient ? _____
 eu des os cassés ou des articulations foulées ? _____
 blessé votre colonne vertébrale (accident, lombago, ...) ? _____
 souffert de commotion ou de traumatisme crânien ? _____

En additionnant le temps passé assis pendant les repas, lors de vos déplacements, à votre poste de travail ainsi que le soir chez vous, combien d'heures totales passez-vous en position assise : _____

Sport, activité physique et temps libre

Avez-vous une activité physique régulière ? non oui Quoi ? _____

Combien de fois par semaine ? _____ Dans un club / équipe ? : _____

Objectif(s) de cette activité : détente dissiper mes tensions prévenir la maladie maintenir ma santé

Accidents

Avez-vous eu des accidents : de voiture / moto de vélo ski autre _____

Quand, combien, comment : _____

Traitements médicaux

Avez-vous été hospitalisé ? non oui Pourquoi ? _____

Avez-vous été opéré (inclut césarienne) ? non oui _____

Vous a-t-on déjà enlevé un organe ? non oui _____

Avez-vous reçu les traitements / procédures suivants :

corset injection / ponction chimio / radiothérapie appareil dentaire traction
 plâtre semelle orthopédique transfusion radiographie minerve
 ostéopathie physiothérapie acuponcture chiropratique autre _____

Poids et taille (hauteur) : _____

Rythme circadien

Heure du coucher : _____ Heure de réveil : _____ Nbre heure sommeil réparateur : _____ Nbre réveils nocturnes : _____

Anamnèse chimique et nutritionnelle

Prenez-vous des médicaments avec régularité (inclut pilule contraceptive et traitement hormonal)? _____

Avez-vous pris des médicaments avec régularité (inclut pilule, hormones, antibiotiques) ? _____

Fumez-vous ? non oui j'ai arrêté Combien par jour ; Pendant ? _____

Je consomme (et quantité) : alcool : non oui _____ café : non oui _____

Consommez-vous d'autres drogues ? non oui Lesquelles : _____

Par rapport à mon alimentation, je suis : très satisfait satisfait insatisfait Heure du souper : _____

Suivez-vous un régime alimentaire particulier? _____

Que faites-vous pour détoxifier régulièrement votre organisme ? _____ A quelle fréquence ? _____

Prenez-vous des : vitamines supplément herbes / tisanes remèdes homéopathiques

Objectif(s) : soulager un mal prévenir la maladie maintenir la santé autre _____

Listez-les : _____

Anamnèse psychosociale et émotionnelle

Avez-vous été victime d'abus (physique, émotionnel, mobbing, sexuel, ...) ? oui non

Utilisez-vous une (ou plusieurs) des méthodes suivantes pour **préserver et améliorer** votre santé ?

massage acuponcture méditation relaxation sophrologie
 prière psychothérapie yoga / tai chi gymnastique douce autre : _____

Évaluez votre niveau de stress :

(0 = aucun, 10 = maximal)

Relation de couple: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Relation avec vos enfants: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Autres relations familiales 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Professionnel 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Finances 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stress causé par vos problèmes de santé 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vos 3 sources principales de stress :

Santé physique : excellente bonne satisfaisante insuffisante s'améliorant s'empirant

Santé Mentale : excellente bonne satisfaisante insuffisante s'améliorant s'empirant

Êtes-vous autant en bonne santé aujourd'hui qu'il y a 5 ou 10 ans ?

non ne sais pas oui si oui, quelles sont vos stratégies ? _____

Au vu de votre santé actuelle et de votre style de vie, pensez-vous pouvoir être au moins autant en bonne santé, voire en meilleure santé, dans 5 ou 10 ans ?

non ne sais pas oui si oui, quelles sont vos stratégies pour y parvenir ? _____

En général, vous considérez-vous : en bonne santé malade

Pourquoi, pensez-vous de cette manière : _____

D'autres personnes dans votre famille souffrent-elles de problèmes de santé :

De manière générale, que faites-vous pour entretenir votre colonne vertébrale et système nerveux ?

De manière générale, quelles sont vos stratégies pour rester en bonne santé et améliorer votre qualité de vie ?

Que faites-vous quand vous avez besoin de vous ressourcer ? _____

Antécédents de maladie et anamnèse globale

Avez-vous, ou souffrez-vous, (ou un membre de votre famille) des problèmes suivants : (P = passé, A= actuellement, M= Membre de la Famille)

Musculosquelettique

P A M

- Arthrose, Rhumatisme
- Maux De Tête
- Douleurs Nuque
- Douleurs Dorsales
- Douleurs Bas Du Dos
- Sciatique / Hernie Discale
- Scoliose
- Problème Mâchoire
- Autres articulations

Gastro-intestinal

P A M

- Problème d'appétit
- Ballonnement, brûlure
- Régurgitation, reflux
- Hernie hiatale
- Problème de poids
- Constipation / diarrhée
- Douleurs abdominales

Hommes / Femmes

P A M

- Douleurs menstruelles
- Irrégularité du cycle
- Problème à concevoir
- Dysfonction prostate

Système Nerveux

P A M

- Hyperactivité, Déficit Attention
- Nervosité, Irritabilité, Impatience
- Angoisse, Anxiété, Dépression
- Fatigue
- Vertiges
- Douleur dans le visage
- Problèmes d'équilibre
- Fibromyalgie
- Sensibilité lumière, son, odeur

ORL

P A M

- Sinusite
- Ronflement
- Sifflement oreille (acouphène)
- Nez bouché, qui coule
- Déficience visuelle
- Déficience auditive
- Otites chroniques

Géno-urinaire

P A M

- Infections chroniques
- Perte urinaire à l'effort
- Perte urinaire la nuit
- Rétention urinaire

Cardiovasculaire / Respiration

P A M

- Asthme, souffle court
- Anémie
- Tension Artérielle Élevée
- Varices/ Mauvaise Circulation
- Problèmes cardiaques
- Cholestérol élevé
- Hypoglycémie
- Diabète

Performance cognitive

P A M

- Problème mémoire, concentration
- Inversion lettre ou chiffre
- Troubles apprentissage
- Tête dans le cirage
- Lenteur cognitive
- Perte acuité intellectuelle
- Difficultés à trouver ses mots, oublis

Général

P A M

- Allergies, Rhume des foins, eczéma
- Thyroïde
- Maladies auto-immunitaires
- Cancer

Homéostasie et capacité de guérison (0= très mauvais, 10= excellent)

Qualité de votre sommeil : 0 _____ 10
 Vitalité et énergie : 0 _____ 10
 Bien-être global : 0 _____ 10
 Acuité intellectuelle : 0 _____ 10

Sur une échelle entre 0 (= très mauvaise) et 100 (=optimale), à quel pourcentage êtes-vous de votre santé optimale ? _____

Quel pourcentage de santé optimale désirez-vous obtenir ? _____

Combien de temps pensez-vous que cela prendre pour y parvenir ? _____

Quel est votre degré de motivation pour y parvenir ? _____

Besoins et attentes en matière de prise en charge

En matière de santé en particulier, et de votre vie en général, quels sont :

- Vos besoins urgents actuels ? _____
- Vos désirs profonds futurs ? _____

Vos besoins et attentes sont importants pour nous. Merci d'évaluer l'importance que vous attribuez aux choix suivants :

0 – pas important 1 – peu important 2 – important 3 – très important NSP – ne s'applique pas

Soulager / réduire les douleurs ou les symptômes	_____	Améliorer ma santé physique	_____
Corriger les causes des douleurs ou des symptômes	_____	Améliorer ma santé psychique / émotionnelle	_____
Maintenir ma santé	_____	Améliorer ma capacité à résister au stress	_____
Mettre en place une hygiène de vie saine	_____	Améliorer ma qualité de vie globale	_____
Eviter les rechutes et les récives	_____	Me développer, être le/la meilleure de moi-même	_____

Quels sont les domaines où vous pensez avoir besoin d'assistance pour améliorer votre santé :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> faire de l'activité physique correctement | <input type="checkbox"/> programme individualisé d'exercices |
| <input type="checkbox"/> m'alimenter correctement / guérir par la nutrition | <input type="checkbox"/> perdre du poids de manière durable |
| <input type="checkbox"/> gérer mon stress (inclut posture, ergonomie, relaxation) | <input type="checkbox"/> améliorer globalement ma santé |

Merci.