

QUESTIONNAIRE DE CONSULTATION GENERALE

Nom et Prénom : Date :

Profession : Date Naissance :

État Civil : Nom de l'époux/se :

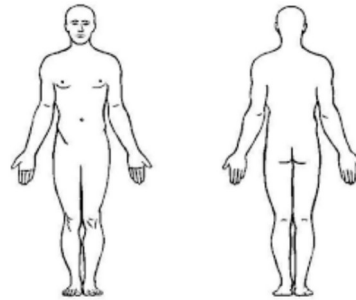
Nombre d'enfants : Prénom(s) :

 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 (remplir Appendice)

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 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 :

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

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) :

Heure éteinte écrans : **Heure du coucher :** **Heure endormissement :** **Heure de réveil :**

Nbre heure sommeil réparateur : **Nbre réveils nocturnes :**

Anamnèse chimique et nutritionnelle

Prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments avec régularité (inclut pilule contraceptive et traitement hormonal)? non oui (remplir Appendice)

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 :

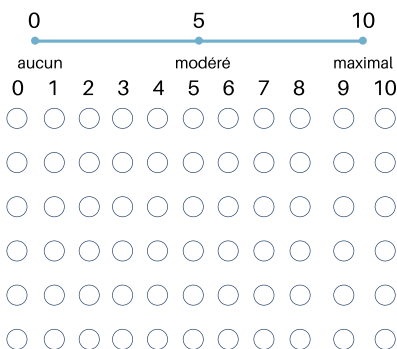
Anamnèse psychosociale et émotionnelle

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

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 :



Vos 3 sources principales de stress :

- 1
- 2
- 3

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

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

Etes-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, 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 Disc
- Scoliose
- Problème Mâchoire
- Autres articulations

Système Nerveux

P A M

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

Cardiovasculaire / Respiration

P A M

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

Gastro-intestinal

P A M

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

ORL

P A M

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

Performance cognitive

P A M

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

Hommes / Femmes

P A M

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

Génito-urinaire

P A M

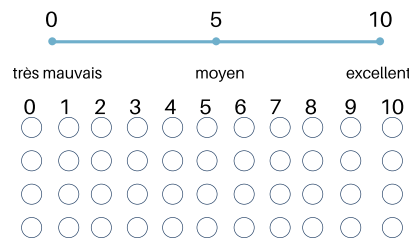
- Infections chroniques
- Perte urinaire à l'effort
- Perte urinaire la nuit
- Rétention urinaire

Général

P A M

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

Homéostasie et capacité de guérison



Qualité de votre sommeil :

Vitalité et énergie :

Bien-être global :

Acuité intellectuelle :

Sur l'échelle ci-dessous, indiquez :

- 1 Pourcentage actuel de santé
0% (très mauvaise)
- 2 Pourcentage que vous désirez obtenir
- 3 Degré de motivation pour y parvenir
(excellente) 100%



Combien de temps pensez-vous que cela prendre 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 ?

Merci d'évaluer l'importance que vous attribuez aux choix suivants :

- 0 - pas important 1 - peu important 2 - important 3 - très important

- | | | | |
|--|---------|--|---------|
| Soulager les douleurs ou les symptômes | 0 1 2 3 | Améliorer ma santé physique | 0 1 2 3 |
| Corriger les causes de mon problème | 0 1 2 3 | Améliorer ma santé psychique / émotionnelle | 0 1 2 3 |
| Maintenir ma santé | 0 1 2 3 | Améliorer ma capacité à résister au stress | 0 1 2 3 |
| Mettre en place une hygiène de vie saine | 0 1 2 3 | Améliorer ma qualité de vie globale | 0 1 2 3 |
| Eviter les rechutes et les récives | 0 1 2 3 | Me développer, être au meilleure de moi-même | 0 1 2 3 |

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

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

APPENDICE

Professionnels médicaux et de la santé

Médecin généraliste

Nom	Adresse	Téléphone

Examens réalisés	Traitement	Résultats

Spécialistes médicaux (consultés pour le problème, y compris psychologue ou psychiatre)

Nom	Spécialité	Traitement	Résultat

Thérapies manuelles ou autres (consultés pour le problème)

Nom	Profession	Traitement & Nbre de séances	Résultat

Médicaments

Médicaments

Nom	Dosage & fréquence	Pris depuis	Résultat