

Merci de bien vouloir compléter ce formulaire confidentiel :

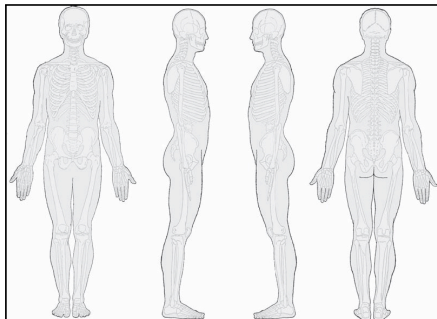
Nom : Prénom : Date de Naissance :
Ville : Code postal :
Tél. portable : Adresse e-mail :
Emploi :
Situation sociale : Célibataire / Marié(e) / Pacsé(e) / Divorcé(e)
Nombre d'enfant(s) : Recommandé(e) par :

Raisons pour lesquelles vous êtes ici aujourd'hui :

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

Date de survenu :Mode d'apparition : brutal / progressif / suite à un trauma/ je ne sais pas
Votre problème est-il présent : 100% 75% 50% 25% moins de 25 % du temps
Comment évolue votre problème ? s'améliore s'aggrave ne change pas
Votre problème est-il plus intense ? au lever le jour le soir la nuit
Votre problème vous empêche-il-t de : travailler dormir vivre au quotidien
Avez-vous reçu des soins pour ce problème ? chiropracteur médecin autre :.....
Avez-vous eu un problème semblable auparavant ? non oui quand :.....

Merci de préciser ou se situe votre douleur sur la ou les figures ci-dessous



Votre santé passée (SOYEZ LE PLUS PRECIS POSSIBLE):

Avez-vous été hospitalisé(e)? Pourquoi? Quand ? :

Avez-vous eu des accidents/chutes/Entorses/Tous types de traumatismes par le passé ? Précisez le type et la date (SOYEZ LE PLUS PRECIS POSSIBLE) :

Avez-vous eu des fractures ? Précisez (SOYEZ LE PLUS PRECIS POSSIBLE) :

Faites-vous du sport ? Précisez :

Prenez-vous des médicaments ? non oui

anti-inflammatoire antidouleur myorelaxant hormones diabète thyroïde pression artérielle
 Vitamines plantes

Votre position de sommeil : dos ventre côté autre

Combien d'heure dormez-vous par nuit ? 4h et moins 5-6h 7-8h 9-10h plus

Portez vous ? talonnettes semelles correctives Si oui, depuis quand? Date de la dernière révision :

Position de travail ? assis debout en mouvement

Consommez-vous occasionnellement ou régulièrement ? Café Cigarettes Alcool Drogues

Antécédents familiaux :

.....
.....

Avez vous la sentiment que votre santé : est stable se détériore s'améliore

Depuis quand ? :

Dans un certains nombre de cas, il arrive que le patient après la séance ressent :

- Une augmentation passagère de la douleur

- Des sensations de courbatures et fatigues générales

- Des sensations de gêne à différents endroits, parfois même éloignées de la zone traitée, qui sont le siège des compensations et des modifications posturales en cours.

Généralement, le protocole de base se compose de:

- ***première visite***
- ***visite à 7 jours***
- ***visites à +/- 7 à 15 jours***
- ***visite de contrôle à 1 mois***
- ***début des soins préventifs.***

En fonction de votre historique de santé et de l'ancienneté de votre atteinte, certaines phases pourront être reconduites, ou diminuées selon votre progression et les évaluations, aussi des exercices ou/et conseils nutritionnels pourront vous être proposés.

Le résultat d'un plan de traitement chiropratique est difficilement compatible avec l'oubli ou l'annulation de rendez-vous. Dans l'intérêt de tous, je vous remercie d'y être attentif, et de me contacter dans les plus bref délais.

Je, sous signé(e), _____, déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes. Au vu de ce qui précède et acceptant les effets secondaires relatifs au soin chiropratique et le protocole de base, je consens à recevoir des soins par mon chiropracteur Foulques de CONIAC.

Date

Signature