



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION

Date : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Votre âge : _____ ans Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone (résidence) : _____ Téléphone (bureau) : _____

Courriel : _____ Occupation : _____

Je suis référé(e) ici par : Mon médecin. Son nom : _____

Mon chiropraticien. Son nom : _____

Mon thérapeute. Son nom : _____

Profession : _____

Un patient. Son nom : _____

Chronique dans le journal Pages Jaunes

Une publicité. Laquelle : _____

Autre. SVP précisez : _____

S.V.P.

Afin de nous aider à mieux vous servir, établir le bon diagnostic et nous permettre de déterminer si nous sommes en mesure de vous aider, veuillez remplir ce questionnaire avec le plus d'attention et de minutie possible. Si vous avez besoin d'aide, n'hésitez pas à demander l'assistance de nos adjointes.

Merci de votre collaboration !

1. Quelle est la raison principale de votre visite ?

Prévention [passez à la question #35 (femme) ou # 41 (homme)]

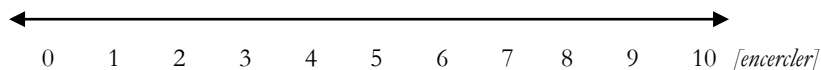
J'ai un problème pour lequel je désire trouver une solution.

2. Quel est le PROBLÈME PRINCIPAL pour lequel vous nous consultez (vous pourrez décrire un deuxième problème aux questions #19 à 34) ?

3. La toute première fois que vous avez ressenti ce problème ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Il y a moins d'une semaine | <input type="checkbox"/> Entre 1 semaine et 1 mois |
| <input type="checkbox"/> Entre 1 et 6 mois | <input type="checkbox"/> Entre 6 mois et 1an |
| <input type="checkbox"/> Entre 1 et 5 ans | <input type="checkbox"/> Entre 5 et 10 ans |
| <input type="checkbox"/> Entre 10 et 20 ans | <input type="checkbox"/> Entre 20 et 30 ans |
| <input type="checkbox"/> Plus de 30 ans | |

4. Actuellement (au cours des derniers jours), quelle est l'intensité de votre problème ?
(0 étant aucun symptôme et 10 la pire intensité jamais ressentie)



5. Votre problème

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

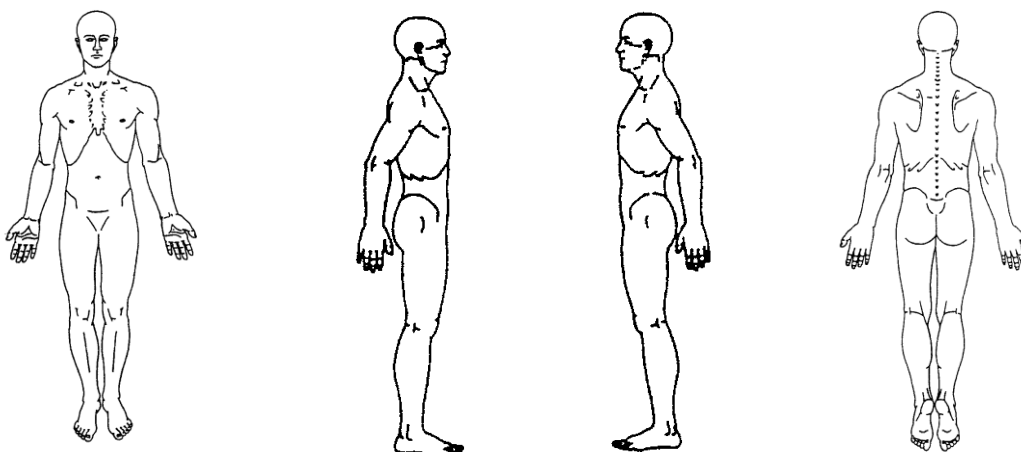
6. À quelle fréquence ressentez-vous ce problème ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> Environ aux 2 jours |
| <input type="checkbox"/> Environ 2 fois par semaine | <input type="checkbox"/> En moyenne 1 fois par semaine |
| <input type="checkbox"/> Environ 2 fois par mois | <input type="checkbox"/> En moyenne 1 fois par mois |
| <input type="checkbox"/> En moyenne 1 fois aux 2 mois | <input type="checkbox"/> Environ 1 fois par saison |
| <input type="checkbox"/> Environ 2 fois par année | <input type="checkbox"/> Environ 1 fois par année |
| <input type="checkbox"/> Moins de 1 fois par année | |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Au lever | <input type="checkbox"/> En avant-midi |
| <input type="checkbox"/> En fin d'après-midi | <input type="checkbox"/> En soirée |
| <input type="checkbox"/> La nuit | <input type="checkbox"/> En tout temps |

8. S'il s'agit d'une douleur, veuillez localiser sur les dessins ici-bas son emplacement :



9. S'il s'agit d'une douleur, comment la décririez-vous ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lancinante (<i>douleur de fond qui persiste</i>) | <input type="checkbox"/> Pulsative |
| <input type="checkbox"/> Élançement | <input type="checkbox"/> Sensation de brûlure |
| <input type="checkbox"/> Sensation de chocs électriques | <input type="checkbox"/> Engourdissements |
| <input type="checkbox"/> Gonflement | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

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

- Un accident : _____
- Une chute : _____
- Une mauvaise posture : _____
- Un traumatisme : _____
- Un stress important : _____
- Autres : _____
- Je ne sais pas, c'est apparu sans raison particulière

11. Quel professionnel avez-vous consulté ?

- Mon médecin de famille. Son nom : _____
- Un médecin à l'hôpital : Son nom : _____
- Un chiropraticien. Son nom : _____
- Autre : _____
- Je n'ai pas consulté [passez à la question # 15]

12. 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 | <input type="checkbox"/> Électroencéphalogramme |
| <input type="checkbox"/> Tomographie axiale (TACO) | <input type="checkbox"/> Ponction lombaire |
| <input type="checkbox"/> Électrocardiogramme | |

13. Quel a été le diagnostic ?

- _____
- Je ne me souviens pas
- Il ne me l'a pas dit

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

- Du repos
- Des exercices
- Des anti-inflammatoires
- Des analgésiques
- Des médicaments « pour les nerfs ». Lesquels : _____
- Il m'a référé en physiothérapie
- Il m'a référé à un spécialiste. Quelle spécialité ? _____
- Il m'a retourné à la maison sans rien me prescrire

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

- La station assise
- La station debout
- La position couchée sur le côté droit / gauche / sur le dos / sur le ventre
- Passer de assis à debout
- Le froid
- La chaleur
- La température (la météo)
- Le stress
- Certains aliments. Lesquels : _____
- Lorsque je saute des repas
- Le contact avec certains allergènes. Lesquels : _____
- Mon travail
- Le mouvement du membre ou 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
- 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

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

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. Y a-t-il un autre problème qui vous dérange (autre que le problème pour lequel vous nous consultez) ?

- Non [passez à la question # 35]
- Oui. Lequel : _____
- [Poursuivez à la question suivante]*

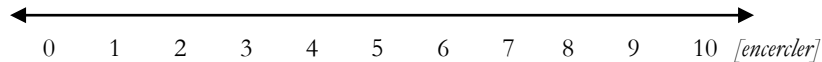


PROBLÈME SECONDAIRE

20. La toute première fois où vous avez ressenti ce problème ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Il y a moins d'une semaine | <input type="checkbox"/> Entre 1 semaine et 1 mois |
| <input type="checkbox"/> Entre 1 et 6 mois | <input type="checkbox"/> Entre 6 mois et 1 an |
| <input type="checkbox"/> Entre 1 et 5 ans | <input type="checkbox"/> Entre 5 et 10 ans |
| <input type="checkbox"/> Entre 10 et 20 ans | <input type="checkbox"/> Entre 20 et 30 ans |
| <input type="checkbox"/> Plus de 30 ans | |

21. Actuellement (au cours des derniers jours), quelle est l'intensité de votre problème ?
(0 étant aucun symptôme et 10 la pire intensité jamais ressentie)



22. Votre problème

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

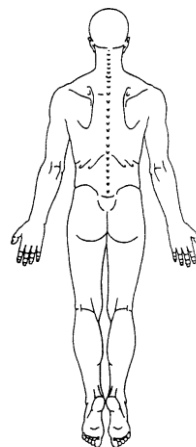
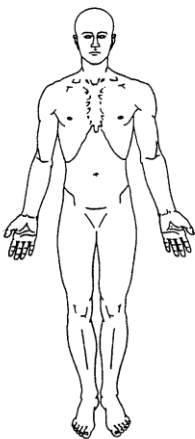
23. À quelle fréquence ressentez-vous ce problème ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tous les jours | <input type="checkbox"/> Environ aux 2 jours |
| <input type="checkbox"/> Environ 2 fois par semaine | <input type="checkbox"/> En moyenne 1 fois par semaine |
| <input type="checkbox"/> Environ 2 fois par mois | <input type="checkbox"/> En moyenne, 1 fois par mois |
| <input type="checkbox"/> En moyenne 1 fois aux 2 mois | <input type="checkbox"/> Environ 1 fois par saison |
| <input type="checkbox"/> Environ 2 fois par année | <input type="checkbox"/> Environ 1 fois par année |
| <input type="checkbox"/> Moins de 1 fois par année | |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Au lever | <input type="checkbox"/> En avant-midi |
| <input type="checkbox"/> En fin d'après-midi | <input type="checkbox"/> En soirée |
| <input type="checkbox"/> La nuit | <input type="checkbox"/> En tout temps |

25. S'il s'agit d'une douleur, veuillez localiser sur les dessins ici-bas son emplacement



26. S'il s'agit d'une douleur, comment la décririez-vous ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lancinante (<i>douleur de fond qui persiste</i>) | <input type="checkbox"/> Pulsative |
| <input type="checkbox"/> Élançant | <input type="checkbox"/> Sensation de brûlure |
| <input type="checkbox"/> Sensation de chocs électriques | <input type="checkbox"/> Engourdissements |
| <input type="checkbox"/> Gonflement | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

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

- Un accident : _____
- Une chute : _____
- Une mauvaise posture : _____
- Un traumatisme : _____
- Un stress important : _____
- Autres : _____
- Je ne sais pas, c'est apparu sans raison particulière

28. Quel professionnel avez-vous consulté ?

- Mon médecin de famille. Son nom : _____
- Un médecin à l'hôpital. Son nom : _____
- Un chiropraticien. Son nom : _____
- Autre : _____
- Je n'ai pas consulté [passez à la question # 32]

29. 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 | <input type="checkbox"/> Électroencéphalogramme |
| <input type="checkbox"/> Tomographie axiale (TACO) | <input type="checkbox"/> Ponction lombaire |
| <input type="checkbox"/> Électrocardiogramme | |

30. Quel a été le diagnostic ?

-
- Je ne me souviens pas
- Il ne me l'a pas dit

31. Que vous a-t-il prescrit ?

- Du repos
- Des exercices
- Des anti-inflammatoires
- Des analgésiques
- Des médicaments « pour les nerfs ». Lesquels : _____
- Il m'a référé en physiothérapie
- Il m'a référé à un spécialiste. Quelle spécialité ? _____
- Il m'a retourné à la maison sans rien me prescrire

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

- La station assise
- La station debout
- La position couchée sur le côté droit / gauche / sur le dos / sur le ventre *[encercler]*
- Passer de assis à debout
- Le froid
- La chaleur
- La température (la météo)
- Le stress
- Certains aliments. Lesquels : _____
- Lorsque je saute des repas
- Le contact avec certains allergènes. Lesquels : _____
- Mon travail
- Le mouvement du membre ou de la région affectée

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Je n'ai rien essayé d'autre | <input type="checkbox"/> Acupuncture |
| <input type="checkbox"/> Chiropratique | <input type="checkbox"/> Massages |
| <input type="checkbox"/> Repos | <input type="checkbox"/> Activité physique |
| <input type="checkbox"/> Compresses chaudes | <input type="checkbox"/> Application de glace |
| <input type="checkbox"/> Stimulation électrique (TENS) | <input type="checkbox"/> Modifications alimentaires |
| <input type="checkbox"/> Produits naturels. Lesquels : _____ | |

34. 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

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

Pour Femmes Seulement

Messieurs, poursuivez à la question # 41

35. Associez-vous vos problèmes à votre cycle menstruel ?

Oui Non

36. Prenez-vous des hormones synthétiques (anovulants ou hormones de remplacement pour les troubles de ménopause) ?

Oui Non

37. Associez-vous vos problèmes à la prise d'hormones synthétiques (anovulants ou hormones de remplacement pour les troubles de ménopause) ?

Oui Non

38. Combien de fois avez-vous été enceinte ?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> Jamais	

39. Combien d'accouchements ?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> Aucun	

40. Quelle(s) intervention(s) chirurgicale(s) avez-vous déjà subie(s) ?

<input type="checkbox"/> Péridurale	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"/> Avortement (thérapeutique ou volontaire)	En quelle année? _____

Historique

41. Comment s'est déroulée votre naissance ?

Je ne sais pas
 Naissance naturelle
 Naissance par césarienne
 Ma mère a accouché sous anesthésie
 J'ai été extirpé sans aide extérieure
 J'ai été extirpé à l'aide d'une traction manuelle sur ma tête
 J'ai été extirpé à l'aide de forceps
 J'ai été extirpé à l'aide de ventouses

42. Avez-vous pratiqué, avant l'âge de 16 ans, des sports de contact ?

Non Oui. Lequel ou lesquels : _____

43. Avez-vous pratiqué, après l'âge de 16 ans, des sports de contact ?

Non Oui. Lequel ou lesquels : _____

44. Pratiquez-vous actuellement un (ou des) sports de contact ?

Non Oui. Lequel ou lesquels : _____

45. Quels traumatismes (même mineurs) avez-vous subis depuis votre naissance ?

- Chute d'une hauteur de plus de 3 pieds (1 mètre) avant l'âge de 1 an (bassinette, chaise haute, etc.)
- Blessures de sport : _____ à quel âge ? _____
- Accident d'auto : _____ année ? _____
- Blessures au travail : _____ année ? _____

46. Avez-vous déjà été diagnostiqué pour une des maladies 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"/> Maladie de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Colites | <input type="checkbox"/> Troubles de thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | <input type="checkbox"/> Aucune |

47. Quelles chirurgies avez-vous déjà subies ?

- Je n'ai jamais subi de chirurgie [*passer à la question suivante*]
- Ablation des amygdales En quelle année? _____
- Ablation de la vésicule biliaire En quelle année? _____
- Ablation de l'appendice En quelle année? _____
- Cataractes En quelle année? _____
- Chirurgie visuelle au laser En quelle année? _____
- Hystérectomie partielle (utérus seulement) En quelle année? _____
- Hystérectomie complète (utérus & ovaires) En quelle année? _____
- Chirurgie à la colonne vertébrale cou En quelle année? _____
- dos En quelle année? _____
- bas du dos En quelle année? _____
- Ablation d'un segment du côlon En quelle année? _____
- Chirurgie aux sinus En quelle année? _____
- Chirurgie cardiaque (pontages) En quelle année? _____
- Chirurgie au(x) genou(x) En quelle année? _____
- Chirurgie pour le tunnel carpien (poignet) En quelle année? _____
- Autre : _____ En quelle année? _____
- Autre : _____ En quelle année? _____

48. À quelles substances êtes-vous allergique ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Je ne souffre d'aucune allergie | <input type="checkbox"/> Poils d'animaux |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Moisissures |
| <input type="checkbox"/> Poussière | <input type="checkbox"/> Aérosols |
| <input type="checkbox"/> Parfum | <input type="checkbox"/> Lait de vache |
| <input type="checkbox"/> Acariens | <input type="checkbox"/> Noix |
| <input type="checkbox"/> Œufs | <input type="checkbox"/> Blé |
| <input type="checkbox"/> Soya | <input type="checkbox"/> Fraises |
| <input type="checkbox"/> Miel | <input type="checkbox"/> Crustacés (ex. crabe) |
| <input type="checkbox"/> Agrumes | |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |

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

	<u>Nom du médicament</u>	<u>Dosage (mg)</u>	<u>Combien par jour (moyenne)</u>
1)	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____
5)	_____	_____	_____

50. Autres précisions que vous aimeriez nous fournir :

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



50, Président Kennedy, bur. 209 • Lévis (Qc) • G6V 6W8
Tél. : (418) 833-0065 • Fax : (418) 833-9901
Courriel : info@priorite-sante.ca