



FORMULAIRE D'OUVERTURE

Au centre chiropratique familial *Au printemps de la vie*, **notre mission est de servir avec amour, intégrité et respect des personnes de tout âge et leur famille afin de les aider à cheminer vers la santé optimale** grâce aux soins chiropratiques. Votre expérience avec nous ne sera pas seulement une expérience de guérison, mais aussi un apprentissage sur la santé optimale, le pouvoir de guérison naturelle de votre corps et cette merveilleuse philosophie de vie qu'est la chiropratique.

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____ **Date de naissance:** _____

Adresse : _____ **Tél. maison :** (____) _____ - _____

Ville : _____ **Code postal :** _____ **Tél. travail :** (____) _____ - _____

Occupation : _____ **Tél. cell. :** (____) _____ - _____

Sexe : F M Statut : marié(e) célibataire divorcé(e) ou séparé(e) veuf (ve) conjoint(e) de fait

Avez-vous des enfants ? Non Oui combien ? _____ Quel âge ont-ils ? _____

Comment avez-vous connu notre centre chiropratique ? _____

Avez-vous une assurance qui couvre les soins chiropratiques? Oui Non ne sait pas

Êtes-vous intéressé à recevoir notre chronique santé par courriel ? Non Oui, courriel _____

Informations générales

1. Y a-t-il des particularités à propos de votre système nerveux ou de votre colonne vertébrale que nous devrions connaître ?

2. Pour quelle(s) raison(s) vous nous consultez aujourd'hui ?

3. Quand avez-vous remarqué ce phénomène pour la première fois ? _____

4. Selon vous, quelle est la cause de ce phénomène ? _____

5. Quels sont les buts que vous voulez atteindre par les services d'Au Printemps de la Vie ? Vous pouvez cocher plus d'une case

mieux-être correction durable prévention soulagement temporaire autres objectifs ? _____

6. Quel est votre niveau d'engagement par rapport à vous, votre vie et votre santé ? Élevé Moyen Faible

7. Êtes-vous intéressé à en apprendre plus sur la cause des problèmes de santé? Oui Non

8. Comparé à il y a 5 ans, votre santé est : meilleure moins bonne constante; pourquoi ? _____

9. En plus de la chiropratique, quelles sont les stratégies que vous voulez utiliser afin d'améliorer votre santé ? Vous pouvez cocher

plus d'une case : plus d'exercice meilleure alimentation prendre des suppléments méditation

affirmations positives autre _____

Historique de santé et style de vie

Toutes les expériences passées, constructives ou destructives, contribuent à votre santé d'aujourd'hui. Les stress physiques, biochimiques et émotionnels se cumulent tout au long de votre vie et votre corps peut les avoir gardés en mémoire. Notre intention est d'aider votre corps à se libérer de ses tensions profondes et des stress emmagasinés. Plus nous aurons d'informations sur vous, meilleure sera notre compréhension et nous pourrons mieux vous servir et respecter votre processus de guérison et vos objectifs de santé.

Historique de stress, blessures ou traumatismes physiques : *Le premier stress physique pour tous est la naissance (entre 30 et 50 lbs de traction et pression, même pour une naissance sans complication). Les dizaines (ou centaines) de chutes, mauvaises postures et blessures, peu importe leur gravité, font également faire partie de notre quotidien.*

Veillez décrire les stress physiques vécus dans le passé ou présentement : naissance difficile (ou accouchement), accident(s) ou accrochage(s) en voiture ou autre véhicule motorisé (même si léger), blessures sportives, chutes, blessures répétitives, etc.

Historique de stress, blessures ou traumatismes chimiques : *Les agents chimiques stressants envahissent notre corps à chaque seconde et sollicitent notre système immunitaire, qui est directement relié à notre système nerveux. L'habileté naturelle de notre corps à gérer ou disposer de ces stress chimiques dépend de l'intégrité du système nerveux et de la force vitale qui y circule.*

Veillez décrire les stress chimiques vécus dans le passé ou présentement : antécédents d'asthme ou d'allergies, dépendance de nature chimique (cigarette, alcool, drogues), intoxication, overdose ou empoisonnement, exposition à la poussière, virus, etc.

Historique de stress, blessures ou traumatismes émotionnels : *Notre santé, notre guérison et notre vie, sont grandement influencés par notre bien-être émotionnel.*

Veillez décrire les stress émotionnels vécus dans le passé ou présentement : enfance difficile, stress à l'école, deuil, divorce ou rupture, travail stressant, vie familiale, stress financier, stress par rapport à votre santé, etc. Encerchez ce qui est le plus approprié.

1 – aucun stress	2 – stress léger	3 – stress modéré	4 – stress élevé	5 – stress intense	
a- Vie en général	1 2 3 4 5		e- Travail et carrière	1 2 3 4 5	
b- Relation familiales	1 2 3 4 5		f- Santé en général	1 2 3 4 5	
c- Finances	1 2 3 4 5		g- Planification du temps	1 2 3 4 5	d-
Deuil ou séparation	1 2 3 4 5		h- Enfance, école ou passé	1 2 3 4 5	

Autres : _____

Comment évaluez-vous votre santé émotionnelle et mentale ? excellente bonne passable mauvaise s'améliore se détériore

Expérience de grossesse et de naissance : *Un accouchement typique sans complication peut être traumatique pour l'enfant et la mère. Les bébés sont souvent tirés, mis en torsion, parfois à l'aide de ventouses ou forceps, ce qui provoque souvent les premières subluxations. L'expérience de la mère peut également être traumatisante physiquement, chimiquement et émotionnellement.*

Méthode utilisée lors de votre naissance : naturelle forceps ou ventouses césarienne présentation de siège provoquée
 inconnue

Veillez décrire votre expérience personnelle (pour les femmes également : expérience(s) de grossesse et accouchement(s))

Qualité de la nutrition (déjeuner, dîner et souper)

Comment considérez-vous votre alimentation ? excellente bonne passable mauvaise s'améliore se détériore

Type d'alimentation : végétarienne sans viande rouge variée autre _____

Vous arrive-t-il de manger en restauration rapide (*junk food*) ? Jamais ou rarement Oui ; à quelle fréquence ? _____

Vous arrive-t-il de sauter un repas ? Non Oui; lequel et à quelle fréquence ? _____

Êtes-vous intéressé à en connaître plus sur la nutrition améliorant votre santé et votre qualité de vie ? Oui Non Peut-être

Si des changements sont indiqués, seriez-vous prêts à faire ces changements à votre alimentation ? Oui Non Peut-être

Aimeriez-vous avoir une rencontre personnalisée pour en apprendre plus sur le sujet Oui Non Peut-être

Prendriez-vous des suppléments alimentaires si indiqués ? Oui Non Peut-être

Consommez-vous...? tabac quantité _____ par jour alcool, quantité _____ par sem.
 café/thé quantité _____ par jour liqueurs douces, quantité _____ par sem.
 eau, quantité _____ par jour lait de vache, quantité _____ par jour
 suppléments, lesquels _____

Repos et sommeil

En moyenne, vous dormez combien d'heures par nuit ? 4h et moins 5-6h 7-8h 9-10h plus de 10h

Comment est votre sommeil ? excellent bon passable récupérateur insuffisant

Quelle est votre position de sommeil ? : sur le dos sur le ventre sur le côté

Exercices: *L'exercice est une partie importante de notre vie, car il augmente l'énergie de notre corps.*

Comment est votre niveau d'activité physique ? excellent bon passable insuffisant sédentaire

Quel genre d'activités physiques pratiquez-vous et à quelle fréquence ? _____

Relations familiales

Comment sont vos relations et votre dynamique familiales ? excellentes bonnes passables mauvaises

À l'intérieur de ces relations, vous vous sentez : énergisé pleinement satisfait correct frustré épuisé

Élaborez si nécessaire : _____

Travail et emploi du temps

Quelle est votre position de travail ? : debout assis en mouvement

Devez-vous... ? : être assis plus de 4 heures par jour conduire plus de 2 heures par jour

Décrivez le genre de travail que vous faites : _____

Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à votre travail ? Est-ce qu'il vous passionne, vous convient, vous ennue, vous stresse, ou alors il ne vous convient pas du tout et pourquoi ?

Vacances, loisirs et relaxation : *Décrocher du quotidien et profiter de la vie font partie d'un équilibre à atteindre pour une meilleure santé.*

Est-ce que vous vous allouez des périodes de vacances ? Si oui, à quelle fréquence et quand ont été vos dernières ?

Qu'est-ce qui vous redonne de l'énergie, vous revitalise et/ou vous reconnecte avec vous-même (jouer avec les enfants, méditation, promenade en nature, etc) ?

Procédures médicales : *Votre corps fonctionne toujours en voulant maintenir son homéostasie (son équilibre). Les médicaments compromettent l'équilibre de votre intelligence innée (l'intelligence de votre corps) soit en supprimant ses sensations et ses symptômes ou en l'excitant. D'une façon ou d'une autre, ces produits non naturels sont habituellement de nature chimique et affectent la guérison de votre corps. (Note : il n'y a jamais d'effet secondaire ; il y a seulement une cause et un effet)*

Vaccination ? Non Oui Réactions aux vaccins ? Non Oui _____

Veillez énumérer TOUS les médicaments que vous prenez actuellement ET ceux pris dans le passé (ex. : médicaments sans ordonnance, prescrits, drogues récréatives, produits naturels/nutritionnels), et la raison si nécessaire.

Veillez énumérer les hospitalisations et/ou les opérations et chirurgies que vous avez subies (année et raison)

Consentement éclairé aux soins chiropratiques

Par le biais de ce document, je déclare que toutes les informations fournies sont complètes et exactes et je consens à recevoir les examens et les soins nécessaires. Tel que stipulé à l'article 3.07.01 du *Code de déontologie des chiropraticiens*, les dossiers sont la propriété du chiropraticien. Des photocopies peuvent être disponibles moyennant des frais. Toutes les charges de la première visite doivent être payées la journée même et les soins chiropratiques doivent être payés à chaque visite, à moins d'un arrangement préalable.

La chiropratique n'est pas un substitut, une alternative ou une forme préventive de la médecine. Nous nous spécialisons dans une meilleure expression de l'influx nerveux (votre énergie vitale), le mieux-être et la physiologie. La médecine se spécialise, quant à elle, dans le diagnostic et le traitement des symptômes et de la maladie. *Au Printemps de la Vie*, notre but et notre intention ne sont pas de diagnostiquer ni de traiter des désordres physiques, mentaux ou émotionnels. Cependant, si au cours de vos soins, vous devenez préoccupé par vos symptômes ou votre condition, nous vous suggérons l'aide d'un spécialiste des symptômes et de la maladie. Notre préoccupation est basée sur votre santé et votre capacité à la retrouver et à la maintenir. Sachant que chaque personne est différente physiquement, émotionnellement et mentalement, les résultats dépendent en partie de votre participation aux soins et par le fait même, ils ne peuvent être garantis à 100%.

Dans l'exercice de la chiropratique, comme dans tout autre soin de santé, il existe quelques risques liés aux ajustements chiropratiques allant de façons minimales (tensions ou étirements musculaires) jusqu'à des situations excessivement rares de lésions discales et d'embolies, comme c'est le cas également pour d'autres professionnels de la santé. À titre de comparaison, le risque de complications graves suite à la prise d'anti-inflammatoires est de 0,1%; suite à une chirurgie de la colonne cervicale, le risque de complications graves est de 1,56%; le risque de complications graves suite à un ajustement chiropratique est de 0,00001%.

Signature : _____
(Parent ou tuteur si l'enfant a moins de 18 ans)

Date : _____

Témoin : _____