**QUESTIONNAIRE DE PREMIERE CONSULTATION**

**CONSIGNES**

1/ Merci de retourner ce questionnaire **sous** **format word** à votre chiropracteur avant votre de première consultation par mail : **centre.chiropratiqueac@gmail.com**

2/ Ecrivez vos réponses **dans une autre couleur** ousurlignez vos réponses.

3/ **Des réponses précises sont importantes pour évaluer l’état globa**l de votre système nerveux et de votre santé.

Nom, prénom : Date de naissance : Age : Profession :

Nombre d’enfants, âges : Comment avez-vous connu notre centre :

**VOS DOULEURS OU SYMPTÔMES ACTUELS**

**1/ Précisez où se situe votre douleur et si elle irradie vers d’autres zones (épaule, bras, fesse, jambe, etc…) :**

* Son intensité sur une échelle de 0 à 10 (10 étant la douleur max.) :
* Depuis combien de temps :
* Début des tous premiers symptômes (enfance, ado, école, travail…) :
* Avec le temps, est-ce pire, pareil ou mieux :
* Quand la douleur est-elle présente (certains mouvements, certains moments de la journée, constamment…) :
* Avez-vous identifié une cause à votre problème, si oui, précisez :
* Si vous avez des imageries (merci de nous les apporter lors de la consultation), quels étaient les résultats :

**EVOLUTION DE VOTRE PROBLEME**

* Qu’est ce qui aggrave la douleur :
* Qu’est ce qui calme la douleur :
* Est-ce aggravé par la toux, l’éternuement ou la selle :
* La douleur réveille-t-elle la nuit quand vous bougez : - ou aux mêmes heures :

**Si vous avez actuellement d’autres douleurs ou symptômes,** répondez aux memes questions que ci-dessus pour chaque symptôme. Si vous en avez trop, limitez vous à la plus importante.

**VOS DOULEURS OU SYMPTÔMES PASSES**

**1/ Si vous avez déjà eu des douleurs au niveau de votre colonne, dos, cou, céphalées, migraines, lombaires, ou articulations,** précisez :

* La localisation exacte de la douleur et si elle irradiait vers d’autres zones (épaule, bras, fesse, jambe, etc…) :
* La date ou période à laquelle vous avez commencé à avoir mal (enfance, collège, lycée, travail…etc) :

* Aviez-vous identifié une cause à votre problème, si oui, précisez :
* Ce problème peut-il encore vous gêner actuellement :
* Sinon, qu’aviez-vous fait pour régler ce problème :

**2/ S’il y a eu d’autres douleurs passées, répondez aux memes questions que précédemment.** Si vous en avez trop, limitez vous à la plus importante :

**3/ Qu’est ce qui vous a le plus aidé pour vos différents problèmes présents et passés** (automédication, massages, méditation, étirements, sport, kiné, hypnothérapeute, sophrologue, psychologue, médecins, médecins spécialistes, chiro, ostéo, étio, magnétiseurs, traitements médicamenteux, chirurgie, autres…etc.) ?

**VOS ANTECEDENTS ET VOTRE HISTOIRE**

**1/ Avez-vous des problèmes de santé** (maladies, coeur, thyroïde, tension, diabète, cholestérol, problèmes de sang, sein, prostate, reins, syndromes, autres…etc.). Si oui, précisez :

**2/ Aviez-vous eu dans le passé, ou actuellement, des maladies graves, chroniques ou longue durée ?** Si oui, précisez la maladie et le(s) traitement(s) s’il y en a eu(s) :

**3/ Avez-vous des traitements, médicaments, compléments ?** Si oui, précisez si possible le nom et ce pour quoi vous le prenez :

**4/ Dans le passé, avez-vous pris des traitements lourds ?** Si oui, précisez le traitement et ce pour quoi vous l’avez pris :

**5/ Avez-vous eu des hospitalisations, interventions chirurgicales ou anesthésies locales/générales ?** Si oui, précisez quel type d’intervention et la date :

**6/ Avez-vous eu vos chocs, chutes, accidents, fractures ou pertes de connaissance ?**

Si oui, précisez ce qui s’est passé et la date. Si elles sont trop nombreuses, notez celles qui vous paraissent les plus importantes :

**7/ Avez-vous vécu des événements difficiles par le passé ou présentement ? Si oui, pouvez vous précisez ?** Si cela est trop difficile ou personnel, vous pourrez ou non nous en faire part lors de notre consultation.

**8/ Précisez votre plus grosse source de stress actuellement et son intensité (0 à 10) :**

**EVALUATION DE VOTRE SANTE ET BIEN-ETRE**

**1/ Evaluez sur une échelle de 0 à 10 (10 étant la meilleure note)** :

Hygiène de vie Hydratation et alimentation Equilibre pro/perso

Niveau de bonheur Relations avec les autres Couple/vie familiale

Gestion des finances Satisfaction professionnelle Niveau de stress

**2/ Quels sont vos objectifs de santé** (posture, sommeil, digestion, énergie, reprise du sport, perte de poids, performances sportives, reconversion, autonomie, vie familiale, humeur…etc.) ?

Fait à , le Signature ou initiales :

**Données personnelles** : Nous n’enregistrons pas d’informations personnelles permettant l’identification, à l’exception des formulaires que nos utilisateurs remplissent. Ces informations ne seront pas utilisées sans votre accord et nous les utiliserons seulement pour vous contacter en cas de besoin.