Formulaire nouveau patient

Les informations fournies dans ce formulaire sont considérées strictement confidentielles.

Vos réponses sont importantes afin de nous aider à mieux comprendre votre condition de santé et vous donner les meilleurs soins.

Rockland Family
Chiropractic & Wellness Centre
Centre chiropratique familial

Dr. Mélissa Desrosiers, DC
Dr. Guillaume Desjardins, DC
1055 rue Laurier, unité 1
Rockland ON K4K 1E3
T: (613) 446-4553
F: (613) 446-6331

Nom : _____ **Date:** _____

DDN : ____/_____/_____ **(jj/mm/aa)**

Adresse : _____

_____

_____

☐ **Homme**
☐ **Femme**
☐ **Autre**

#Tél.: maison : ( ) ___-____ cell : ( ) ___-____

Adresse courriel: _____

Occupation: _____

Employeur: _____

Avez-vous des assurances ? _____

Cochez ☑ et indiquez à quel âge vous avez souffert de l'un des troubles suivants:

Générale
- ☐ Allergies
- ☐ Dépression
- ☐ Étourdissements
- ☐ Perte de conscience
- ☐ Fatigue
- ☐ Fièvre
- ☐ Maux de tête
- ☐ Insomnie
- ☐ Maladie mentale
- ☐ Nervosité
- ☐ Tremblements
- ☐ Perte/gain de poids

Muscle/Articulation
- ☐ Arthrite/rhumatisme
- ☐ Bursite
- ☐ Problème de pieds
- ☐ Faiblesse musculaire
- ☐ Douleur lombaire
- ☐ Douleur au cou
- ☐ Point au milieu du dos
- ☐ Douleur articulaire

Peau
- ☐ Acné
- ☐ Ecchymose facile
- ☐ Sécheresse
- ☐ Éruptions/allergies
- ☐ Démangeaisons
- ☐ Rash
- ☐ Varices

Yeux, Oreille, Nez & Gorge
- ☐ Rhume
- ☐ Surdité
- ☐ Douleur oreille
- ☐ Douleur oculaire
- ☐ Troubles de gencive
- ☐ Voix rauque
- ☐ Obstruction nasale
- ☐ Saignements de nez
- ☐ Bourdonnement oreille
- ☐ Sinusite
- ☐ Maux de gorge
- ☐ Pharyngite
- ☐ Troubles de vision

Gastro-intestinal
- ☐ Douleur abdominale
- ☐ Sang dans les selles
- ☐ Colite ulcéreuse/Crohn
- ☐ Colon irritable
- ☐ Constipation
- ☐ Diarrhée
- ☐ Digestion difficile
- ☐ Diverticulite
- ☐ Ballonnement
- ☐ Faim excessive
- ☐ Troubles de la vessie
- ☐ Hernie
- ☐ Hémorroïdes
- ☐ Vers intestinaux
- ☐ Jaunisse
- ☐ Troubles du foie
- ☐ Nausée
- ☐ Défécation douloureuse
- ☐ Douleur à l'estomac
- ☐ Appétit faible
- ☐ Vomissement
- ☐ Vomissement de sang

Génito-urinaire
- ☐ Énurésie (pipi au lit)
- ☐ Infection vessie
- ☐ Sang dans les urines
- ☐ Infection rénale
- ☐ Pierres aux reins
- ☐ Troubles de la prostate
- ☐ Pus dans les urines
- ☐ Incontinence

Miction:
- ☐ Plus de 2x dans la nuit
- ☐ Plus de 8x en 24hrs
- ☐ Débit/force diminuée
- ☐ Douleur à la miction
- ☐ Urgence de miction

Cardio-vasculaire
- ☐ Haute pression
- ☐ Basse pression
- ☐ Athérosclérose
- ☐ Pouls irréguliers
- ☐ Serrement de poitrine
- ☐ Palpitation
- ☐ Troubles de circulation
- ☐ Pouls rapide
- ☐ Pouls faible
- ☐ Enflures aux chevilles

Respiratoire
- ☐ Douleur thoracique
- ☐ Toux chronique
- ☐ Difficulté à respirer
- ☐ Rhume des foins
- ☐ Souffle court
- ☐ Crachat mucus/sang
- ☐ Râlement

Femme seulement
- ☐ Congestion mammaire
- ☐ Cou de chaleur
- ☐ Masses au seins
- ☐ Ménopause
- ☐ Pertes vaginales anormales

Flux menstruel:
- ☐ Rég. ☐ Irreg.
- ☐ Douleur/crampes

Durée menstruations: _____
Longueur du cycle: _____
1er jour du dernier cycle: _____
Êtes-vous enceinte: ☐ Oui ☐ Non
Si oui, combien de mois ? _____
Combien d'enfants avez-vous? _____
Méthode de contraception: _____
Date du dernier PAPtest: _____
☐ Normal ☐ Anormal
Date dernière mammographie: _____
☐ Normal ☐ Anormal

Cochez toutes les conditions que vous avez ou avez eu:
- ☐ Alcoolisme
- ☐ Anémie
- ☐ Appendicite
- ☐ Asthme
- ☐ Bronchite
- ☐ Cancer
- ☐ Varicelle
- ☐ Feu sauvage
- ☐ Diabète
- ☐ Eczéma
- ☐ Oedème
- ☐ Emphysème
- ☐ Épilepsie
- ☐ Goitre
- ☐ Goutte
- ☐ Reflux gastrique
- ☐ Maladie cardiaque
- ☐ Hépatite
- ☐ Herpès
- ☐ Cholestérol élevé
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Influenza
- ☐ Malaria
- ☐ Rougeole
- ☐ Fausse couche
- ☐ Sclérose en plaque
- ☐ Oreillons
- ☐ Perte de sensation/picotement
- ☐ Pace maker
- ☐ Ostéoporose
- ☐ Pneumonie
- ☐ Polio
- ☐ Rhumatisme articulaire aigu
- ☐ AVC
- ☐ Désordre thyroïdien
- ☐ Tuberculose
- ☐ Ulcère

Inscrivez toute médication que vous prenez actuellement et la raison:

_____

_____

_____

_____