

QUESTIONNAIRE GLOBAL DE SANTE

Nom : _____ Prénom : _____ Date : ___/___/___
Adresse : _____ Ville : _____ CP : _____
Téléphone : _____ Bureau : _____ Portable : _____
E-Mail : _____ Date de Naissance : ___/___/___ Profession : _____

Comment avez vous découvert le cabinet et le service que nous offrons ?

Merci de compléter ce questionnaire de santé de manière précise. Il va ainsi apporter à votre Docteur en Chiropratique, des informations importantes pour mieux comprendre votre histoire, vos besoins présents ou à long terme, ainsi que toutes vos préoccupations, concernant votre santé et votre bien être, en relation avec la qualité de vie que vous pouvez avoir actuellement.

1ère PARTIE : Vos préoccupations ou symptômes et leur impact sur votre vie.

1/ Avez-vous actuellement quelques soucis ou préoccupations à propos de votre santé ? Si oui, décrivez-les :

2/ Quand cette situation a t'elle commencé ?

3/ Avez-vous demandé conseil à ce propos ou entrepris un traitement ? OUI NON

Si oui, que vous a-t-on dit ? _____

4/ Qu'a t'il été fait ? _____

5/ Cela vous a t'il semblé efficace ? _____

6/ Concernant votre symptôme ou votre condition : avez-vous constaté quelque chose de différent après le traitement ? _____

7/ Votre préoccupation par rapport au symptôme a-t-elle changé, après le traitement ?

8/ Evaluez à quel niveau vos préoccupations de santé affectent votre qualité de vie :

0- Il semble que cela ne m'affecte pas

2- Cela me gêne moyennement

1- Cela me gêne un peu

3- Cela me gêne énormément

Au travail 0 1 2 3 Dans les loisirs 0 1 2 3 Gène au repos / sommeil 0 1 2 3

Dans la vie sociale 0 1 2 3 Pour la marche 0 1 2 3 Gène en position assise 0 1 2 3

Dans les exercices 0 1 2 3 Sur l'appétit 0 1 2 3 Dans la vie amoureuse 0 1 2 3

Soucis à propos de symptômes particuliers 0 1 2 3 Soucis à propos de la santé 0 1 2 3

Commentaires :

9/ D'autres membres de votre famille présentent-ils le même problème ? OUI NON

a) Si oui, qu'ont-ils fait ? _____

b) Est-ce que cela a été efficace ? _____

10/ A quel point ceci vous préoccupe t'il ? pendant la journée ? 0 1 2 3

pendant la nuit ? 0 1 2 3

11/ Vous arrive t'il, lors d'une activité quelconque, de ne plus penser à votre symptôme ?

12/ Y a t'il des moments ou vous en êtes plus conscient (e)?

13/ Pourquoi pensez-vous que cela vous soit arrivé et que cela continue à vous arriver ?

14/ Pensez-vous que cela, en soit la seule cause ? OUI NON

15/ Si non, quelles en sont les autres raisons ? _____

16/ Si cette condition ou ce symptôme venait à disparaître, qu'est-ce qui serait différent dans votre vie ? _____

17/ Qu'est-ce que vous feriez dans votre vie si vous n'aviez pas ce symptôme ? _____

18/ Depuis que vous avez ce symptôme :

a) Avez-vous changé vos habitudes ? _____

b) Avez-vous touché une partie de votre corps différemment ? _____

c) Avez-vous gémi, pleuré ou fait des sons que vous ne faites pas d'habitude ? _____

19/ Qu'est-ce qui décrit le mieux votre sentiment à propos de vous-même et de votre situation ?

a) Je me sens désespéré(e), désemparé(e), il n'y a rien qui marche, je me sens déconnecté(e)

b) Je suis terriblement gênée, j'espère que vous pourrez me soulager ou faire quelque chose pour moi

c) Je me sens coincé dans mon corps et dans ma vie et je ne peux rien faire

d) Je mérite mieux que ce que j'ai vécu, aider moi à récupérer ma force et je voudrais que vous participiez à ma guérison

e) Autre chose ? _____

20/ Évaluez de 0 à 3 les affirmations suivantes :

0- Pas du tout

1- Un peu

2- Modérément

3- Beaucoup

a) Actuellement, à quel point votre situation, condition ou symptôme vous est inconfortable ? 0 1 2 3

b) A quel point cela était-il inconfortable dans le passé ?

0 1 2 3

2^{ème} PARTIE : Santé / Traumatismes / Médecine / Chiropratique et Historique de guérison

1/ Votre colonne vertébrale (cou, tête, dos, hanche) a t'elle déjà subi un traumatisme ?

a) Date du traumatisme le plus important : _____

b) Que s'est-il passé ? _____

c) Date du traumatisme le plus récent : _____

d) Que s'est-il passé ? _____

2/ Quels médicaments (prescrits ou non) avez-vous pris pendant les deux derniers mois ? _____

3/ Dans le passé, avez-vous pris des médicaments de façon régulière, pendant plus de 3 mois ? OUI NON

a) Qu'avez-vous pris ? _____

b) Pour quelle raison avez-vous pris ce(s) médicament(s) ? _____

c) Êtes-vous conscient(e) des effets secondaires? _____

4/ Avez-vous déjà passé des radios, des scanners ou des IRM de votre colonne vertébrale ou de votre tête (cou, dos, hanche) ? _____

5/ Que vous a t'on dit à ce propos ? _____

6/ Où sont ces radios maintenant ? _____

7/ Avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales ? Si oui, expliquez _____

a) Étiez-vous plus en forme après et cela a t'il réglé votre préoccupation? _____

b) Cela a t'il amélioré votre qualité de vie? _____

8/ Vous êtes vous déjà cassé quelque chose ? OUI NON

Expliquez : _____

9/ Notez les compléments nutritionnels ou les plantes que vous prenez régulièrement ? _____

10/ Avez-vous consulté un spécialiste ou un médecin durant les trois derniers mois? _____

11/ Votre colonne vertébrale a t'elle déjà été examinée ou manipulée par un professionnel ? OUI NON

- a) Par quel thérapeute et quand? _____
c) Continuez-vous ses soins ? _____
d) Qu'a t'il / elle fait pour vous ? _____
e) Avez-vous été satisfait(e) ? OUI NON

12/ Est-ce que votre famille reçoit des soins chiropratiques ? OUI NON

13/ Avez-vous consulté un spécialiste pour autre chose qu'une évaluation de routine ? OUI NON

14/ Quel était / est le ou les motifs de consultation ? _____

15/ Quand a eu lieu votre dernière visite ? _____

16/ Qu'est-ce qui a été fait ou proposé ? _____

17/ Avez-vous essayé les pratiques ci-dessous pour améliorer votre santé ? OUI NON

Si oui, expliquez quand, pour combien de temps et quels ont été les résultats :

Massage / Bodywork _____

Thérapie ou psychothérapie _____

Ostéopathie _____

Physiothérapie / Kinésiologie _____

Musique / Danse / Aromathérapie _____

Homéopathie / Naturopathie _____

Médecine ayurvédique / Acupuncture _____

Conseils nutritionnels _____

Rebirth / Feldenkrais _____

Yoga / Tai Chi / Chi Gong _____

Exercices de réintégration somato respiratoire _____

Autres : _____

18/ Faites-vous de l'exercice, de la méditation, des prières, avez-vous un programme nutritionnel ?

Décrivez :

19/ Quand vous êtes stressé(e), quelle est votre méthode pour vous détendre et vous recentrer ?

DIETETIQUE

Consommez-vous les produits suivants : *Souvent* [S] *Pas souvent* – 1 fois par semaine – [PS]
Rarement – 1 fois par mois – [R] *Jamais* [J]

Produits	Produits	Produits	Produits	Produits
Alcool	Aliments diététiques	Fruits	Boeuf	Crustacés
Café, thé	Sucres	Produits laitiers	Volaille	Régime amaigrissant
Tabac	Oeufs	Friture	Porc	Jeûne
Pâtisseries	Légumes crus	Pâtes	Charcuterie	Produits organiques
Sodas	Légumes cuits	Riz complet	Poissons	Régime

3ème PARTIE : Les stress

Évaluez les stress suivants grâce à l'échelle ci-dessous :

0- Conscient d'aucun stress

2- situation modérément stressante

1- situation légèrement stressante

3- situation extrêmement stressante

1) Stress physique / Traumatisme

0 1 2 3

Chutes, accidents, traumatismes, mauvaise posture, naissance difficile, traction, abus physique.

2) Stress mental, émotionnel

0 1 2 3

La perte d'être cher, changement dans la vie, abus sexuel, émotionnel ou mental, soucis par rapport à la loi, soucis financier, déménagement, séparation, divorce, stress relationnel, peur de tomber malade...

STRESS EMOTIONNEL

1/ Votre naissance s'est passée : naturellement à la maison [] à l'hôpital []

2/ Avez-vous été isolé ou incubé à votre naissance ? _____

3/ Avez-vous été nourri(e) au sein [] au lait pharmaceutique [] avec un lait stérilisé []

Pour chacune de situations suivantes, stressantes pour votre colonne vertébrale, cochez les cases suivant le degré de stress et la période à laquelle cela s'est passé :

	LEGER		MOYEN		SEVERE	
	Passé	Présent	Passé	Présent	Passé	Présent
Stress infantile (durant l'enfance)	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Stress à l'école	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Stress familial	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Relations personnelles	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Stress dû à la peur de tomber malade	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Stress au travail	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Stress de communiquer, de parler	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Décès d'un proche	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Style de vie	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Abus (sexuel, viol, drogues...)	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Avez-vous eu des chocs émotionnels dans le passé ?			OUI	NON		
Si oui, expliquez : _____						

4) Vous êtes-vous déjà blessé durant votre activité ou avez-vous déjà eu un accident de voiture ? OUI NON

Expliquez : _____

STRESS CHIMIQUES

0 1 2 3

Drogue, cigarettes, mauvaises habitudes alimentaires, médicaments, vaccins...

Commentaires :

➤ **POUR ELLE** : [Entourez la formule qui convient] Avez-vous eu des problèmes gynécologiques, des règles irrégulières, douloureuses, des rapports sexuels douloureux, des problèmes de frigidité ?

➤ **POUR LUI** : Avez-vous déjà subi un blocage sexuel, une impuissance ? OUI NON

➤ Êtes-vous souvent anxieux(se) ou dépressif(ve) ? OUI NON

4ème PARTIE : Vos besoins spécifiques et vos attentes dans ce cabinet

Utilisez cette échelle pour les questions 1 et 2

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| a) très important pour moi | b) important pour moi |
| c) pas si important | d) cela m'importe peu |

1/ Lesquelles des 5 propositions suivantes ont actuellement le plus d'intérêt pour vous ? Comment espérez-vous bénéficier des soins dans ce cabinet ?

- a) Amélioration de mes symptômes physiques
- b) Amélioration de mes symptômes mentaux et émotionnels
- c) Amélioration de ma capacité à gérer le stress
- d) Profiter de la vie et être capable de faire des choix constructifs
- e) Amélioration générale de la qualité de vie

2/ A moyen terme, comment espérez-vous bénéficier des soins dans ce cabinet ?

- a) Amélioration de mes symptômes physiques
- b) Amélioration de mes symptômes mentaux et émotionnels
- c) Amélioration de ma capacité à gérer le stress
- d) Profiter de la vie et être capable de faire des choix constructifs
- e) Amélioration générale de la qualité de vie

3/ Y a t'il quelque chose dans votre vie qui vous apporte de la joie ou qui vous aide à vous sentir mieux ?

4/ Y a t'il des éléments dans votre vie (expériences, famille, travail, loisirs, traumatismes passés, génétique, régime, exercices, ...) qui diminuent vos chances d'accéder à une pleine santé ?

5/ Y a t'il des éléments dans votre vie (expériences, famille, travail, loisirs, traumatismes passés, génétique, régime, exercices, ...) qui vous donne des ailes ou qui vous aide à avoir une meilleure santé ?

Vos réponses aux questions suivantes vont nous permettre de mieux vous aider à participer à un programme de soins spécialement focalisé sur votre colonne vertébrale, votre système nerveux, votre santé et votre bien être.

6/ Lorsque l'on vous parle de votre colonne vertébrale, de votre système nerveux, de votre santé et de votre bien être (entourez votre préférence), vous aimeriez que l'on :

- a) Vous parle plutôt des signes cliniques et des progrès que vous avez fait
- b) Vous parle plutôt, sous forme écrite, de signes cliniques et que l'on vous montre vos progrès
- c) Vous laisse découvrir le sens du travail accompli et que l'on vous aide à sentir la différence dans votre corps

7/ Y a t'il autre chose qui pourrait nous aider à mieux vous comprendre vous ou votre histoire, ou vos besoins professionnels qui n'ont pas été mentionné dans ce questionnaire ? Expliquez :

8/ Qu'est-ce qui vous inciterait à parler des soins que vous recevez dans ce cabinet et à encourager d'autres personnes de votre entourage à suivre des soins ? _____

**Merci d'avoir choisi notre centre Chiropratique. Nous avons hâte de vous permettre de parvenir à développer une colonne vertébrale et un système nerveux, sains.
Nous sommes enchantés d'être à vos côtés pour vous guider dans votre voyage vers une meilleure santé et un meilleur bien être.**