

# CLINIQUE CHIROPATIQUE BEAUREGARD

## HISTOIRE DE CAS

S'il-vous-plait remplissez le formulaire le plus complet possible.

Date \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

**Nom des parents (si moins de 18 ans)** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_

Téléphone à la maison (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Téléphone au travail (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cellulaire (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_ Employeur \_\_\_\_\_

Contact d'urgence \_\_\_\_\_

État civil  C  M  D  V Conjoint(e) \_\_\_\_\_

Nom et âge des enfants \_\_\_\_\_

**Qui devons-nous remercier pour votre référence à la clinique?** \_\_\_\_\_

### RAISON POUR DÉSIRER DES SOINS CHIROPATIQUES

Avec quels problèmes, croyez-vous que la Clinique Chiropratique Beauregard peut vous aider? (s.v.p. énumérez-les)

Est-ce-que ces problèmes affectent votre qualité de vie? (s.v.p. , encerclez ceux qui s'appliquent)

Travail:	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	Conduire:	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	Dormir:	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
École:	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	Marcher:	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	S'asseoir:	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
Exercices/sports	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	Manger:	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	Vie amoureuse:	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N

### HISTORIQUE DES PROFESSIONNELLS DE LA SANTÉ

**Avez-vous déjà reçu des soins chiropratiques?**  O  N Nom du D.C. \_\_\_\_\_

Durée des soins?  \_\_\_\_\_ jours  \_\_\_\_\_ semaines  \_\_\_\_\_ mois  \_\_\_\_\_ années

Date de la dernière visite \_\_\_\_\_ Pourquoi avez-vous arrêté? \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà consulté ou consultez-vous régulièrement ces professionnels de la santé?**

(Cochez ceux qui s'appliquent)

Médecin de famille  Naturopathe  Acuponcteur  Homéopathe  
 Massothérapeute  Psychothérapeute  Guérisseur/ramencheur  Dentiste

Pour quelle raison? \_\_\_\_\_

## POUR LES FEMMES

Êtes-vous enceinte?  O  N Date des dernières menstruations \_\_\_\_\_  
Si des radiographies sont recommandées, votre signature est requise (ci-dessous) pour indiquer que vous **n'êtes pas enceinte**.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Si vous êtes enceinte, date prévue: \_\_\_\_\_

Nom du gynécologue et/ou de la sage femme \_\_\_\_\_

Où voulez-vous accoucher?  Hôpital  Maison  Centre de naissance  Autre \_\_\_\_\_

## SANTÉ, BIEN-ÊTRE ET SOINS CHIROPRATIQUES

Dans le corps humain, le système primaire qui coordonne la santé est le **SYSTÈME NERVEUX CENTRAL**.

Les vertèbres (os qui forment la colonne vertébrale) entourent et protègent le délicat **SYSTÈME NERVEUX**.

Les chiropraticiens sont des spécialistes entraînés dans la "détection hâtive" de blessures de la **COLONNE VERTÉBRAL** et du **SYSTÈME NERVEUX**.

L'information ci-dessous nous aidera à évaluer les types de stress PHYSIQUES, ÉMOTIONNELS et CHIMIQUES auxquels vous avez été sujet puis **comment ils sont reliés à votre colonne, vos nerfs et votre état de santé actuel**.

### CONDITIONS PASSÉES ET PRÉSENTES

Allergies	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Prob. cardiaques	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Anxiété	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Prob. syst. Immunitaire	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Arthrite	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Infertilité	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Asthme	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Maladie rénale	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Douleur de dos	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Crampes menstruelles	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Problèmes de vessies	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Changement d'humeur	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Cancer	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Douleur au cou	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Prob. circul/vascul	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Engourdissement	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Dépression	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Picotement	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Diarrhée	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Ostéoporose	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Prob. digestifs	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Prob. de sinus	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Étourdissements	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Prob. de peau	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Maux de têtes	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Difficulté urinaire	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Brûl.estomac/reflux	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Vertiges	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
			Autres _____	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N

## STRESS PHYSIQUES : NAISSANCE ET ENFANCE

Le processus de la naissance peut traumatiser la colonne vertébrale d'un bébé et causer des dommages à la colonne et au système nerveux. S'il-vous-plaît indiquez où et comment vous êtes né. (Si vous ne le savez pas, passez à la prochaine question)

- Maison     Naturel     Hôpital     Césarienne     Forceps  
 Siège     Cordon autour du cou     Travail prolongé     Travail provoqué     Suction

## STRESS PHYSIQUES : ENFANCE À L'ÂGE ADULTE

Les traumatismes physiques mineurs et répétitifs, souvent ignorés, que l'on endure sont habituellement trop nombreux pour être énumérés. S'il-vous-plaît faites la liste des traumatismes majeurs dont vous vous souvenez de votre enfance à aujourd'hui.

Avez-vous déjà eu des **accidents ou des blessures dans votre vie** reliés à l'un de ces domaines

(Cochez ceux qui s'appliquent)

- Automobile     Motocyclette     Bicyclette     Sports     Terrain de jeu     Abus

Si oui, dites le **type de blessures et les dates**:

---

---

Vous êtes-vous déjà **fait mal/blessé** à votre colonne vertébrale, tête, cou, côtes, haut ou bas du dos, bassin, ou les hanches?     O     N

Si oui, dites le **type de blessures et les dates**:

---

---

Vous êtes-vous déjà **fais mal, blessé, fracturé, faites une entorse** à des os ou des articulations?     O     N

Si oui faites la liste des **parties du corps blessées et les dates**:

---

---

Avez-vous déjà été hospitalisé?     O     N

Si oui, **dites la raison et les dates**:

---

---

## STRESS ÉMOTIONNELS

Il est difficile de séparer le stress émotionnel dans notre vie de la réponse physique qui souvent se produit. S'il-vous-plaît indiquez si vous avez expérimenté les stress émotionnels suivants :

- |                            |                         |                         |                      |                         |                         |           |                         |                         |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------|-------------------------|
| Trauma d'enfance           | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> N | Perte d'un être cher | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> N | Abus      | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> N |
| Travail ou école           | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> N | Divorce/séparation   | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> N | Financier | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> N |
| Changement de style de vie | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> N | Divorce des parents  | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> N | Maladie   | <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> N |

## STRESS CHIMIQUES

Le stress chimique peut se produire lorsqu'une substance, qui est toxique pour le corps, est respirée, injectée, avalée, ou placée sur la peau (ex. : allergies alimentaires, réaction aux médicaments, expositions aux produits chimiques dans l'air, etc.). Les questions suivantes pointeront aux expositions possibles que vous avez pu subir.

Avez-vous été **vacciné**?  O  N Si oui, avez-vous eu une **réaction**?  O  N

Avez-vous été **exposé** sur une base régulière aux éléments suivants, (passé ou présent)?

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Produits chimiques | <input type="checkbox"/> Fumées secondaires | <input type="checkbox"/> Médicaments |
| <input type="checkbox"/> Radiation          | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie     | <input type="checkbox"/> Autres      |

Si oui, faites la liste s'il-vous-plaît: \_\_\_\_\_

Avez-vous des **allergies** alimentaires?  O  N Si oui, faites la liste s'il-vous-plaît: \_\_\_\_\_

Est-ce que vous **consommez** les éléments suivants?

- |                                       |                                 |                                |  |  |
|---------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Café/caféine | <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Tabac | <input type="checkbox"/> Médicament en vente libre | <input type="checkbox"/> Médicament prescrit |
|---------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|--|

S'il-vous-plaît listez tous les médicaments (prescrits et en vente libre): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Note: Il est impératif que vous énumériez tous les médicaments puisqu'ils peuvent influencer vos soins.**

## QUALITÉ DE VIE

Comment évaluez-vous votre **santé physique**?  Bon  Moyen  Pauvre

Comment évaluez-vous votre **santé émotionnelle/mentale**?  Bon  Moyen  Pauvre

Comment évaluez-vous votre **"qualité de vie"**?  Bon  Moyen  Pauvre

Est-ce que vous faites de l'**exercice**? Si oui, nommez les activités et la fréquence? \_\_\_\_\_

Est-ce que vous prenez des **suppléments**? Si oui, nommez-les s'il-vous-plaît : \_\_\_\_\_

Est-ce que vous suivez un **régime alimentaire spécial**? Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

## ATTENTES

J'aimerais avoir les bénéfices suivants de mes **Soins Chiropratiques**: (Cochez tous ceux qui s'appliquent)

- Soulagement des symptômes ou problèmes
- Soulagement et prévention des symptômes ou problèmes
- Une colonne vertébrale et un système nerveux en meilleure santé
- Une santé optimale à tous les niveaux

## OBJECTIF CHIROPATIQUE CLINIQUE

Les **STRESS** Physiques, Émotionnels et Chimiques, communs à notre style de vie, peuvent causer des Subluxations Vertébrales qui interfèrent avec le bon fonctionnement du système nerveux. L'examen/évaluation chiropratique est conçu spécifiquement pour détecter les Subluxations Vertébrales dans toute leur phase de progression.

## INFORMATION FINANCIÈRE

Le paiement au complet est demandé pour tous les services de la **PREMIÈRE VISITE**. Tous les autres coûts devront être payés au moment des services rendus.

S'il-vous-plaît indiqué le mode de paiement :  Comptant  Chèque

Première visite : 60\$ adulte 50\$ étudiant

*Le premier rendez-vous inclus :*

- l'ouverture de dossier
- un entretien avec votre chiropraticien
- un examen de votre système nerveux
- votre premier ajustement

Radiographies (colonne complète) -100\$

Radiographies-section - 40-50\$/section

À la carte

*(Un ajustement)*

42\$- adulte 32\$- étudiant

Un mois de soins illimités 335\$- adulte 250\$- étudiant

*Soins initiaux/intensifs, 3-5 ajustements par semaine en fonction des besoins)*

Deux mois de soins de mieux-être

*(Soins faisant partis d'un style de vie proactif, 1 ajustement par semaine, parfois 2 selon les besoins)*

Une personne : 125\$/mois- adulte 95\$/mois- étudiant

Couple 230\$/mois

Famille 350\$/mois

Un an de soins de mieux-être

*(Soins faisant partie d'un style de vie proactif, 1 ajustement par semaine, parfois 2 selon les besoins)*

Une personne : 1250\$- adulte 950\$-étudiant

Couple - 2300\$

Famille - 3200\$

*L'information que j'ai fournie sur ce formulaire d'histoire de cas, est juste et vraie, au meilleur de mes connaissances. Je donne la permission au Dr. Martin Beauregard, D.C. ou au Dr Suzanne Beauregard, D.C. de me procurer des soins chiropratiques aujourd'hui. Cette visite initiale inclue une historique/consultation, examen/évaluation chiropratique, et n'importe quels soins initiaux déterminés cliniquement nécessaire et avec une entente mutuelle.*

Signature \_\_\_\_\_ Date d'aujourd'hui \_\_\_\_\_

Signature du parent (si mineur): \_\_\_\_\_ Date d'aujourd'hui \_\_\_\_\_

***Merci d'avoir choisi la Clinique Chiropratique Beauregard.  
Au plaisir de vous servir.***