

# 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 et à long terme et toutes préoccupations, concernant votre santé ou bien être en relation avec votre qualité de vie que vous pouvez avoir actuellement.**

## 1<sup>ère</sup> PARTIE : Vos préoccupations ou symptômes et comment ils peuvent affecter 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 était-elle différente 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 :

09/ 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 ?

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

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

15/ Si non, quelles 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 désemparé, comme si rien ne marchait, je me sens déconnecté
- b) C'est vraiment terrible, ça m'effraie et j'espère que vous pourrez faire quelque chose, soulagé 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) À quel point cela était-il inconfortable dans le passé ? 0 1 2 3

## 2<sup>ème</sup> 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/ Quel médicament (prescrit 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 médicament ? \_\_\_\_\_
- 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 est-ce que 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/ Est-ce que votre colonne vertébrale a déjà été examinée / manipulée par un professionnel ?

OUI NON

- a) Par qui et quand? \_\_\_\_\_  
b) Pourquoi ? \_\_\_\_\_  
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/ Fâtes-vous de l'exercice, de la méditation, des prières, avez-vous un programme nutritionnel ?

Décrivez :

18/ Quand vous êtes stressé, 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	Volaille	Jeûne
Café, thé	Sucres	Produits laitiers	Porc,	Produits organiques
Tabac	Œufs	Friture	Poisson	Régime
Pâtisseries	Légumes crus	Pâtes	charcuterie	Régime amaigrissant
Sodas	Légumes cuits	Riz complet	Bœuf	crustacés

## 3<sup>ème</sup> 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 (entourez la ou les réponses)**

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

**2) Stress mental, émotionnel**

**0 1 2 3 (entourez la ou les réponses)**

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, avez-vous déjà eu un accident de voiture ?

OUI NON

**3) Stress chimiques**

**0 1 2 3 (entourez la ou les réponses)**

Drogue, cigarettes, mauvaises habitudes alimentaire: 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

## 4<sup>ème</sup> PARTIE : Vos besoins spécifiques et vos attentes dans ce cabinet

Utilisez cette échelle pour les questions 1 et 2

a) très important pour moi  
c) pas si important

b) important pour moi  
d) cela m'importe peu

**1/ Lequel des 5 propositions suivantes a 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 motiverait pour parler des soins que vous recevez dans ce cabinet et encourager les autres 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.**