

with instructions could delay the treatment time and seriously affect the success of the treatment.

Treatment time varies according to your diagnosis: your treatment time is estimated to be _____ weeks and includes all orthotic evaluations and adjustments. It is anticipated that physical therapy modalities (will be/ will not be) require regularly in your care. Physical therapy is charged and paid per treatment as provided.

Histoire Personnel : SVP remplir ce formulaire complètement. Toutes information est confidentielle.

Nom _____ Sex _____ Age _____ Date de Naiss. _____ Date _____

Adresse (maison) _____

Ville _____ Prov. _____ Code Postal _____ Telephone _____

Adresse (bureau) _____

Ville _____ Prov. _____ Code Postal _____ Telephone _____

Ass. Social : _____ Employeur _____

Occupation _____ Position _____ # Années a l'emploi _____

Personne responsable pour le compte si différent _____

État matrimonial _____ Époux (se) _____ Enfants : _____

Occupation de l'époux (se) _____ Employeur _____ # Ass. Social : _____

Adresse (bureau) _____

Ville _____ Prov. _____ Code Postal _____ Téléphone _____

Votre côte de crédit est; A (très bon) B (bon) C (pas bon)

Information assurance : SVP amenez 2 copies de votre formulaire d'assurance. Nous pourrons vous aider a les remplir.

Couverture double? Oui Non

Compagnie d'assurance _____ # police _____ Nom de l'assuré _____

Adresse de l'assuré; _____ Date de Naissance _____

Comment avez-vous trouvé notre clinique? _____

Qui vous a référé à notre clinique? _____

Pourquoi vous avez demandé une consultation? _____

Histoire de problèmes à l'ATM? Oui Non

Plainte Principale;

1) _____

2) _____

3) _____

Signature du patient; _____ Date _____

Histoire medical :

Médecin personnel _____ Adresse _____

Date du dernier examen _____ Problèmes médicaux courants? Oui Non

Sous les soins d'un médecin présentement? Oui Non Pourquoi? _____

Hospitalisé dans les dernière 5 ans? Oui Non Pourquoi? _____

Êtes-vous enceinte? Oui Non Liste des chirurgies _____

ALLERGIES

Etes vous allergiques au suivants;

- Codéine Oui Non
 Pénicilline Oui Non
 Sulfa Oui Non
 Antibiotiques Oui Non
 Autres médicaments Oui Non
 Aliments Oui Non
 Poussière Oui Non
 Autres Oui Non

Médicaments

Prenez vous des médicaments régulièrement? Oui Non

Prenez vous;

- Insuline Oui Non Quand _____
 Cortisone Oui Non Quand _____
 Synthroid Oui Non Quand _____
 Hormone Oui Non Quand _____
 Hypertension Oui Non Quand _____
 Sédatifs Oui Non Quand _____
 La pillule Oui Non Quand _____
 Autres Oui Non Quand _____

Troubles Diagnostiqués

- Non Migraines Oui Oui, dans passé
 Non Epilepsie Oui Oui, dans passé
 Non Stroke Oui Oui, dans passé
 Non Glaucome Oui Oui, dans passé
 Non Cataracts Oui Oui, dans passé
 Non Otites Oui Oui, dans passé
 Non Perte d'Ouie Oui Oui, dans passé
 Non Asthme Oui Oui, dans passé
 Non Fièvre des foins Oui Oui, dans passé
 Non Bronchite Oui Oui, dans passé
 Non Emphysème Oui Oui, dans passé
 Non Tuberculose Oui Oui, dans passé
 Non Murmure cardiaque Oui Oui, dans passé
 Non Attack de coeur Oui Oui, dans passé
 Non Angine Oui Oui, dans passé
 Non Haute pression Oui Oui, dans passé
 Non Pierres au foie Oui Oui, dans passé
 Non Hépatite Oui Oui, dans passé
 Non Cirrhose Oui Oui, dans passé
 Non Ulcères Oui Oui, dans passé
 Non Troubles intestinales Oui Oui, dans passé

 Non Avec Insuline Oui Oui, dans passé
Combien? _____

- Non « Whiplash » Oui Oui, dans passé
 Non Trauma Oui Oui, dans passé
 Non Goitre Oui Oui, dans passé
 Non Os cassés Oui Oui, dans passé
 Non Varices Oui Oui, dans passé
 Non Arthrites Oui Oui, dans passé
 Non Phlébite Oui Oui, dans passé
 Non Herpes Oui Oui, dans passé
 Non Sida Oui Oui, dans passé
 Non Dépression Oui Oui, dans passé
 Non Syphilis Oui Oui, dans passé

Signature Patient _____

Femmes

- Non Grosseses Oui Oui, dans passé
 Non Cancer du sein Oui Oui, dans passé
 Non Avec Insuline Oui Oui, dans passé

Nombres d'enfants _____

Histoire Médical Revue des systèmes.....avez-vous un des suivants?

Général

Fièvre Oui Non
 Froideur Oui Non
 Douleur Douleurs Oui Non
 Faiblesse général Oui Non
 Perte de mémoire Oui Non

Glande

Vision (même avec lunette) Oui Non
 Double vision Oui Non
 Des flash de lumière Oui Non
 Douleur dans les yeux Oui Non
 Douleur dans les oreilles Oui Non
 Perte d'ouïe Oui Non
 Écoulement des oreilles Oui Non
 Bourdonnement dans oreilles Oui Non
 Saignement de nez Oui Non
 Sinusites Oui Non
 Difficulté à avaler Oui Non
 Extinction de voix Oui Non
 Maux de tête sévères Oui Non
 Autres Oui Non
 Jaunisse Oui Non
 Naevus changeant Oui Non
 Irritation Oui Non

Cou

Enflure Oui Non
 Bosses Oui Non
 Raideur Oui Non
 Autres Oui Non

Poitrine, Cœur, poumons

Souffle court Oui Non
 Tolère peu l'exercice Oui Non
 Douleur à la poitrine Oui Non
 Toux fréquent Oui Non
 Cracher du sang Oui Non
 Transpiration nocturnes Oui Non
 Difficulté à respirer Oui Non
 Chevilles enflées Oui Non
 Crampes dans les jambes Oui Non
 Autres Oui Non

Gastrointestinal

Mauvaise appétit Oui Non
 Indigestion, brûlements Oui Non
 Vomissements Oui Non

Ecchy Ecchymose facilement

Oui Non

Enflure Douleur abdominal

Oui Non

Diarrhée

Oui

Non C Constipations

Oui

Rein

Sang dans l'urine

Oui

Non

Douleur en urinant

Oui Non

Urination fréquent

Oui Non

Autres

Oui Non

Neuromusculaire

Faiblesse dans les bras

Oui Non

Problème d'équilibre

Oui Non

Étourdissements

Oui Non

Évanouissements

Oui Non

Difficulté de parler

Oui Non

Autres

Oui Non

Os-Joints

Joints douloureux

Oui Non

Joints enflés

Oui Non

Perte de force musculaire

Oui Non

Bosse ou enflure musculaire

Oui Non Non

Bosse sur l'os

Oui Non

Douleur au dos

Oui Non

Autres

Oui Non

Endocrine

Soif tout le temps

Oui Non

Froid la plupart du temps

Oui Non

Chaud la plupart du temps

Oui Non

Difficulté de parler

Oui Non

Fatigué ou paresseux

Oui Non

Nerveux ou hyperactif

Oui Non

Psychologie

Est-ce que vous sentez que votre vie est;

Généralement insatisfaisant

Oui Non

Trop demandant

Oui Non

Ennuyeux

Oui Non

Satisfaisant

Oui Non

Est-ce que vous;

Pleurer facilement

Oui Non

Sentez déprimez

Oui Non

Histoire Oro-Facial; cochez tout ceux qui s'applique

Signatu Signature Patient : _____

Date : _____

Dents-Gencives

Non Passé Oui

- Dents absent
- Couronnes
- Partiel/dentier
- Gros plombage
- Plombages usés
- Implants
- Besoin dentisterie
- Dents mobile
- Phobie dentaire
- Mauvaise occlusion
- Sensibilité
- Dents brisés
- Manque d'espace
- Extractions difficiles
- Mangeur de gomme
- Saignement gencive
- Grincement dents
- Serrement dents
- Orthodontie
- _____
- _____
- _____

Gorge-Cou

Non Passé Oui

- Difficulté avalé
- Serrement
- « whiplash »
- Collet cervical
- Mal de gorge avec sans infection
- Changement de voix
- Amygdales enflés
- Douleur au cou
- Respirateur buccal
- Bosses
- Enflure
- Raideur

Visage-Bouche-Joue

Non Passé Oui

- Engourdissement
- Brûlement
- Ulcères
- Bouche sèche
- Bosses
- Mort la joue
- Mort la langue
- Fumeur
- Engourdit
- Douleur en mou

ATM-Machoières

Non Passé Oui

- Click D G
- Douleur D G
- Ouverture limité
- Ouverture asymétrique
- Pop D G
- Barre ouvert
- Crépitement
- Déviation en ouvrant
- Dououreux au repos
- Trauma ATM
- Anesthésie général
- Traction cervical

Nez-Sinus

Non Passé Oui

- Allergie
- Sinusite
- Chirurgie
- Infections chronique
- Difficulté a respirer
- Nez boucher

Non Passé Oui

- Rhinite
- Sinusite
- Polypes
- Adénoïdes hypertrophiques
- Médicaments
- _____
- _____

Yeux

Non Passé Oui

- Photophobia
- Pression derriere les yeux
- Yeux rouges
- Douleur dans l'œil ou autour
- Yeux qui coule
- Vision trouble
- Changement de vision

Oreilles

Non Passé Oui

- Bourdonnement
- Scilement
- Perte d'ouie
- Otite
- Vertige
- Dérangé par bruits fort
- Grondement
- Cire d'oreille excessive
- Démangeaisons
- Plénitude

- Étourdissement Douleur derrière Problème de balance
 Acouphène oreille

Histoire Oro-Facial (suite);

Cochez tous ceux qui s'appliquent.

Posture			Sommeil		
Non	Passé	Oui	Non	Passé	Oui
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pied Plat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Difficulté de se réveiller
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Colonne courbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ronflement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Douleur a s'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se réveil fréquemment
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tête position avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Coucher sur dos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Épaules roulés en avant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Coucher sur ventre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Douleur debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Coucher sur côté droit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Jambes croisés souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Coucher sur côté gauche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fonce souvent dans murs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Coucher la main sous la
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fonce souvent dans portes	mâchoire		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perte de balance en marchant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Insomnie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fatigue le jour
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Étouffement nocturne
			nombre heures de sommeil/soir; _____		

Diète

Réactions ou allergies au produits chimiques, colorants, additives? _____

Réaction ou allergies aux aliments? _____

Est-ce qu'il y des aliments qui aggrave votre malaise? _____

Verres d'eau/jour _____ Verres de lait/jour _____ Vitamines/jour _____

Boissons caféine/jour _____ Boissons sucrés/jour _____ Mauvaise nutrition _____

Est-ce que vous mangez? Diète balancé Déjeuner Dîner Souper Collations Friandises Fast foods

Facteurs perpétuants; Encerlez ceux utilisés fréquemment. Cochez ceux utilisé souvent dans le passé.

Ces facteurs peuvent causé ou maintenir les stades de douleur chronique.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Instruments de musique | <input type="checkbox"/> Oreiller épais | <input type="checkbox"/> Mauvaise occlusion |
| <input type="checkbox"/> Collet serré | <input type="checkbox"/> Oreiller en éponge solide | <input type="checkbox"/> Suceur de pouce |
| <input type="checkbox"/> Double vision | <input type="checkbox"/> Support téléphonique | <input type="checkbox"/> Bite fermé |
| <input type="checkbox"/> Aide d'une cane/béquille | <input type="checkbox"/> Pipe/cigare/cigarette | <input type="checkbox"/> Respirateur buccale |
| <input type="checkbox"/> Débalancement hormonale | <input type="checkbox"/> Sac à épaule | <input type="checkbox"/> Rongeur d'ongle |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise posture | <input type="checkbox"/> Lever pesant | <input type="checkbox"/> Mangeur de gomme |
| <input type="checkbox"/> Stress émotionnelle | <input type="checkbox"/> Dessiner/écrire | <input type="checkbox"/> Mangeur de crayon |
| <input type="checkbox"/> Infection chronique | <input type="checkbox"/> Utiliser un clavier | <input type="checkbox"/> Chanteur (euse) |
| <input type="checkbox"/> Pas exercice régulier | <input type="checkbox"/> Se pencher | <input type="checkbox"/> Baillement |
| <input type="checkbox"/> Emploi répétitif | <input type="checkbox"/> Talon haute | <input type="checkbox"/> Esthéticienne |
| <input type="checkbox"/> Sport répétitif | <input type="checkbox"/> Debout, la journée | <input type="checkbox"/> Mauvaise posture |
| <input type="checkbox"/> Lunette mal ajuster | <input type="checkbox"/> Embayage « stick shift » | <input type="checkbox"/> Mauvaise attitude |
| <input type="checkbox"/> Toux chronique | <input type="checkbox"/> Voyages long (auto) | |
| <input type="checkbox"/> Bronchite, asthme | <input type="checkbox"/> Voyages souvent (auto) | |
| <input type="checkbox"/> Perte d'ouïe | <input type="checkbox"/> Assis | |
| <input type="checkbox"/> Surplus de poids | <input type="checkbox"/> Surmenage | |
| <input type="checkbox"/> Lever objets lourd | <input type="checkbox"/> Bras sortie de l'auto | |
| <input type="checkbox"/> Exposition au courant d'air | <input type="checkbox"/> Main positionné haut sur le volant | |
| <input type="checkbox"/> Sommeil perturbé | <input type="checkbox"/> Dents absentes | |
| <input type="checkbox"/> Dormir sur le ventre | | |

Histoire de douleur; Ceci est la plus importante partie du questionnaire. Réfléchissez attentivement à vos réponses. Donnez amplement de détails.

1. Quelle est votre plainte principale? 1. _____ 2. _____ 3. _____
2. Date de commencement _____ Région impliquée _____ Êtes vous en douleur _____
présentement?

Décrivez votre douleur; (encerclez tout ceux qui s'applique)

- A. lancinant
- B. électrisant
- C. dull
- D. pulsatif
- E. spasmodique
- F. Autres (svp décrivez) _____

Caractéristique de la douleur (encerclez tout ceux qui s'applique)

- Douleur est principalement;
Côté Droit Côté Gauche Les deux Varie
- Intensité;
Léger (pas de Méd.) Modéré (aspirine) Modéré/Sévère (narcotiques) Sévère (aucun répit)
- Début de la douleur;
Graduelle Soudain a.m./p.m. Soirée a maison au travail
- Durée de la douleur;
Intermittent Régulier Variable Constant Minutes Heures Jours
- Cessation de la douleur;
Graduelle Soudain Aucune douleur Toujours Pareils Diminue avec les jours
- Patron journalier de la douleur;
Pire au réveil Pire dans la soirée Augmentent à mesure que la journée avance
- Nombres de jours/mois avec maux de tête _____ mal de cou _____ mal de dent _____
- Combien de genre de mal de tête avez-vous? _____
- État de la douleur; Augmentant Diminuant Inchangé
- Période d'intensité maximum; _____
- Est-ce que votre condition est causé par (encerclez); accident, trauma, travail, maladie, chirurgie, aucun
- D'après vous, quelle est la cause de votre condition; _____
- Qu'est-ce qui la déclenche ou l'augmente? (stress, mastication, aliments, météo, etc.) _____
- Qu'est-ce qui la diminue? (repos, médicaments, traitements, etc.) _____
- Médications prise pour ce problème et résultats; _____

Diminué par; (encerclez)

- Antihistaminiques Antidépresseur Anxiolytique Aspirine/Tylénol Relaxant musculaire Codéine-Narcotique
- Médications cardiaque/ Hypotenseur Médications Migraine

Êtes vous prêt a délaisser la douleur ? OUI NON

Êtes vous prêt a n'importe quoi pour éliminer cette condition? OUI NON

SVP encerclez le numéro qui indique la sévérité de votre douleur; Aucune = 0 Extrême = 10

Niveau Maximum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niveau Normal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niveau Actuel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Signature Patient _____ Date : _____

Est-ce que votre condition interfère avec votre routine journalier ou la qualité de votre vie? Oui Non
Comment? _____

Est-ce qu'il y a d'autres membres de la famille qui on le même problème? Oui Non Expliquez _____

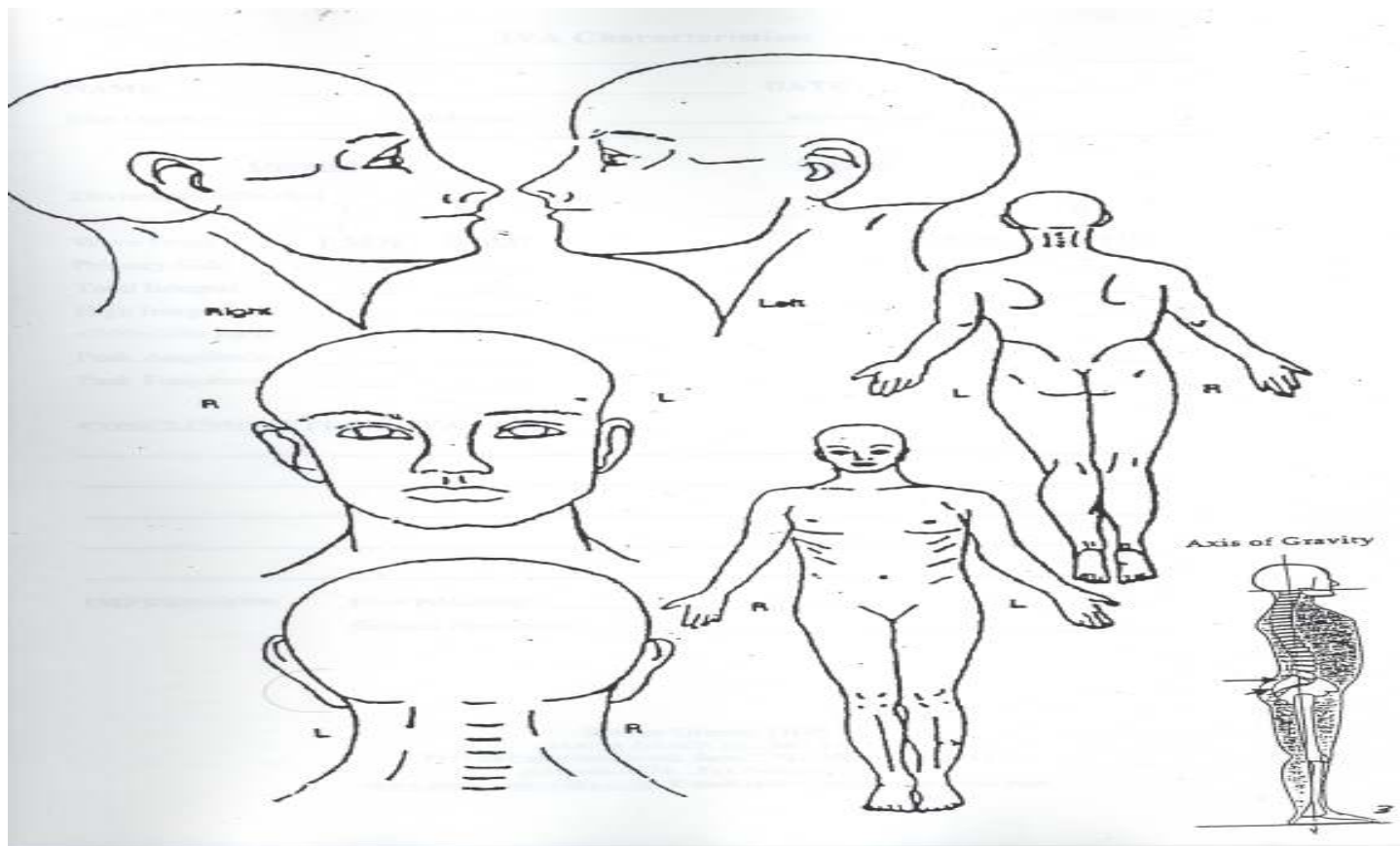
Buts : Si votre douleur serait diminuer à un niveau acceptable, faite une liste des activités que vous ferai. C'est-à-dire ceux que votre douleur vous prévient de faire présentement. Soyez spécifique.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

SVP DESSINEZ où vous avez mal en utilisant les exemples à la droite

→ douleur lancinante
/// engourdissement
① douleur plus important

✖ douleur sévère
x douleur modéré
② douleur secondaire



TRAITEMENTS RECU DANS LE PASSEE

Nom du DR	Traitement	Résultats
_____	_____	_____
Adresse _____		
Nom du DR _____	Traitement _____	Résultats _____
Adresse _____		
Nom du DR _____	Traitement _____	Résultats _____
Adresse _____		
Nom du DR _____	Traitement _____	Résultats _____
Adresse _____		