



CENTRE CHIROPRACTIQUE LYON 1

Nom / Prénom : _____ Date : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____ Profession : _____

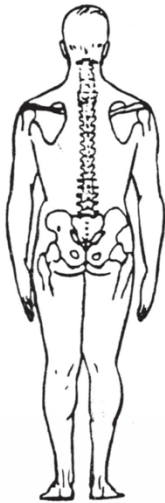
Téléphone : _____ Email : _____

Situation : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Âge des enfants : _____

Comment avez-vous connu le Centre ? _____

Veillez indiquer sur ce diagramme la localisation exacte de votre douleur.

MOTIF PRINCIPAL :



Qu'est-ce que cela vous empêche de faire ? _____

Quels changements seriez-vous prêt à faire pour aller mieux ? _____

Comment qualifiez-vous :

- votre énergie ? excellente plutôt bonne fluctuante basse
- votre mémoire et concentration ? excellente correcte fluctuante mauvaise
- votre qualité de sommeil ? profonde réveils fréquents difficulté à l'endormissement
 sensation de non repos au lever
- quelle est votre position de sommeil ? ventre dos coté
- votre digestion : excellente douloureuse ballonnements nausées diarrhées
 constipation reflux Intestins irritables indigestion
- votre vie professionnelle ? stress physique stress mental enrichissante
- votre vie personnelle ? stress mental enrichissante





CENTRE CHIROPRACTIQUE LYON 1

- votre niveau de stress actuel : 0 1 2 3 4 5
- Pour les femmes, votre cycle menstruel : normal douloureux irrégulier pré-ménopause
 ménopause

Combien d'heures passez-vous assis(e) par jour ? _____

Allergies saisonnières ? tout le temps de temps en temps rarement/jamais

Avez-vous déjà eu un accident (de voiture, travail, sport etc.) ? _____

Avez-vous eu une chute récente ? oui non

Des fractures (précisez la localisation et l'année) ? _____

Des chirurgies (précisez l'intervention et l'année) ? _____

Prenez-vous des médicaments ? Insuline Paracétamol Antidépresseurs Relaxants musculaires
 Traitement anticoagulant Antihistaminique Cholestérol Hypertension Contraception
 autre : _____

Ressentez-vous (ou avez-vous déjà ressenti) un de ces symptômes ?

Maux de tête Migraines Étourdissements Vertiges Problèmes visuels Lombalgie
 Sciatique Jambes sans repos Cervicalgie Problème de mâchoire Douleur à l'aîne
 Tinnitus/bourdonnements Fourmillements dans le bras Nausées Raideurs articulaires
 Douleurs musculaires Douleur sternale Douleur Abdominale Perte de poids soudaine
 Évanouissement Asthme Allergies Diabète Cholestérol Problèmes cardiaques
 Hypertension Problèmes pulmonaires Épilepsie Troubles sexuels Problèmes urinaires
 Cancer Sueurs nocturnes autre : _____

Avez-vous des allergies ? non oui : _____

Hygiène de vie :

- | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tabac (cig/jour) | <input type="checkbox"/> drogue : |
| <input type="checkbox"/> café (/jour) | <input type="checkbox"/> eau (l/jour) |
| <input type="checkbox"/> temps d'écran (h/jour) | <input type="checkbox"/> sommeil (h/nuit) |

Sport / Activités : _____

Quel est le but de votre venue au Centre ? disparition des symptômes optimisation de votre santé