



Fiche de renseignements

Le contenu de la fiche de renseignement est **strictement confidentiel**. Il est important les informations fournies sur votre état de santé soient **complètes et exactes**.

Prénom :	Nom :
Date de naissance (__ / __ / ____):	Sexe : Femme / Homme
Situation familiale :	
Adresse :	
.....	
Courriel :	
Téléphone fixe :	
Téléphone portable :	
Profession :	
Loisirs:	
Médecin traitant :	
Comment avez-vous connu le cabinet chiropratique?	
<input type="checkbox"/> Une connaissance, un ami, la famille. Nom :	
<input type="checkbox"/> Un autre professionnel de la santé :	
<input type="checkbox"/> Un site internet :	
<input type="checkbox"/> Pages Jaunes <input type="checkbox"/> Journal	

Antécédents médicaux personnels

Médical

Prenez vous un traitement au long cours ?:
.....
Avez-vous une maladie de longue date ?.....
.....
Des chutes importantes/ Des accidents de la route :
.....
Opérations
<input type="checkbox"/> Appendicite <input type="checkbox"/> Amygdales <input type="checkbox"/> Vésicule biliaire
<input type="checkbox"/> Prothèse de hanche Droite Gauche <input type="checkbox"/> Prothèse de genou Droite Gauche
<input type="checkbox"/> Ablation : <input type="checkbox"/> Utérus <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Ovaires <input type="checkbox"/> Kyste (quel type)
<input type="checkbox"/> Arthroscopie :
<input type="checkbox"/> Autres opérations :
.....
Appareil musculo-squelettique :
<input type="checkbox"/> Entorses :
<input type="checkbox"/> Tendinite :
<input type="checkbox"/> Fracture :
<input type="checkbox"/> Luxation :
<input type="checkbox"/> Lumbago <input type="checkbox"/> Sciatique <input type="checkbox"/> Hernie discale <input type="checkbox"/> Torticolis
<input type="checkbox"/> Autre :
Système nerveux
<input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Perte de mémoire <input type="checkbox"/> Paralysie <input type="checkbox"/> Migraines <input type="checkbox"/> Perte de connaissance
<input type="checkbox"/> Acouphènes
<input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Autre :



Système cardio-vasculaire :

- Hyper tension Hypo tension Infarctus AIT AVC :
 Valvulopathie Endocardite Cardiomyopathie
 Thrombose veineuse Phlébite Varice
 Autre :

Système pulmonaire :

- Asthme Emphysème Pneumothorax Bronchite chronique Tuberculose
 Pneumonie Apnée du sommeil
 Autre :

Système digestif :

- Nausées Vomissement Reflux gastro-œsophagien Hernie hiatale brûlure d'estomac
 Diarrhée constipation Ballonnement
 Hépatologie
 Autre :

Système urinaire

- Infections urinaires Calcul rénal Néphropathie
 Autre :

Système ORL

- Otite Rhinite Angine Sinusite Pharyngite

Système endocrinien :

- Diabète Thyroïde Carence en fer Carence vitaminique
Autre :

Allergies :

Dermatologie :

- Urticaire Eczéma Psoriasis

Autre (psy, dentaire, vue) :

Pour les femmes

Gynécologie :

- Syndrome prémenstruel Syndrome menstruel Aménorrhée

- Grossesse (année, type d'accouchement, rééducation post partum, fausses couches, IVG) :.....

- Prise de contraceptif

- Ménopause

- Autre :



Cabinet chiropratique

Sabrina BENZINEB D.C.

118, Rue Philibert Hoffmann

93110 Rosny Sous Bois

N° ADELI : 930001862

Habitudes de vie

Votre taille :

Votre Poids :

Avez-vous pris ou perdu du poids ?

Faites vous un régime ?

Quelle est votre position principale de travail ?

Combien d'heures de sport faites-vous par semaine ?

Portez-vous des semelles orthopédiques ?

Vous dormez sur : le dos le côté le ventre

Combien d'heures dormez-vous par nuit ?

Votre sommeil est : Réparateur Non réparateur

Avez-vous un oreiller orthopédique ?

Votre alimentation est : Saine et équilibrée A améliorer Mauvaise

Combien de litres d'eau buvez-vous par jour ?

Prenez-vous des complémentaires alimentaires ?

Fumez-vous ?

Depuis combien de temps ?

Combien de cigarette par jour ?

Quand avez-vous arrêté ?

Consommez-vous de l'alcool ?

Consommez-vous des drogues ? Lesquelles ?

Antécédents familiaux

Un ou des membres de votre famille souffre ou a souffert de :

AVC

Maladie cardiaque Hypertension Maladie vasculaire

Arthrite Arthrose

Diabète

Cancer

Maladie dégénérative

Autre

Retrouve-t-on des maladies familiales ou génétiques ?

Dystrophie musculaire

Scoliose

Spina bifida

Marfan

Autre