



CENTRE CHIROPRACTIQUE LYON 1

Nom / Prénom : _____ Date : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____ Profession : _____

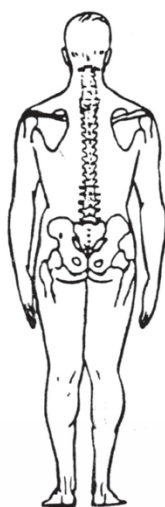
Téléphone : _____ Email : _____

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 :



Comment cela affecte votre vie quotidienne (perso et pro) ? _____

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 nombre d'heures/nuit : _____
- 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

Combien de temps passez-vous assis(e) par jour ? _____

Maladies 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'aine
- 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 :

- tabac (cig/jour) drogue :
- café (/jour) eau (l/jour)
- temps d'écran (h/jour) sommeil (h/nuit)

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