

QUESTIONNAIRE GLOBAL DE SANTE

Nom :	Prénom :
Date de Naissance :	Age :
Adresse :	
Ville :	Code Postal :
Tel Domicile :	Tel Portable :
Mail :	Profession :
Etat civil :	
Avez-vous des enfants ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien ? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Comment avez-vous été référé au cabinet ? Cochez l'endroit approprié :	
<input type="checkbox"/> Référence (nom du patient) :	<input type="checkbox"/> Pages jaunes <input type="checkbox"/> Site WEB
<input type="checkbox"/> Autre professionnel :	<input type="checkbox"/> Autre :

Etes-vous ENCEINTE ? Oui Non Peut-être, si oui de combien de semaines ?.....

MOTIF DE CONSULTATION

Prévention Préoccupation de santé Suivi de grossesse

1. Raison de la consultation.....
 2. Depuis quand ressentez-vous ces symptômes ?.....
 3. Est-ce survenu à la suite d'un accident, d'un traumatisme , d'une chute ou d'un autre incident ?
 Non Oui :
 4. Est-ce le premier épisode ? Oui Non, il s'agit de laième fois
 5. Encerclez l'intensité de la douleur : (Nulle) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (insupportable)
 6. Votre douleur est : tous les jours constante intermittente
 7. Votre douleur est pire : au lever le jour le soir la nuit
 8. Qu'est-ce qui vous soulage ?.....
 9. Votre douleur tend à s'aggraver avec :
 Le temps A chaque épisode Certains mouvements ou certaines activités
 10. Votre douleur vous empêche de :
 Travailler Dormir Marcher Courir Mener votre routine
 11. Avez-vous déjà consulté quelqu'un pour cette douleur et si oui qu'avez-vous fait ?
 Non Oui :
 12. Prenez-vous des médicaments pour soulager votre douleur ? Non Oui
Lesquels ?.....
 13. Êtes-vous Droitier Gaucher
 14. Portez-vous des semelles orthopédiques ? Non Oui
Si oui , depuis combien de temps ?.....
- Nom du podologue : Ville :

→ MERCI DE TOURNER LA PAGE et DE SIGNER LA DERNIERE PAGE

HISTORIQUE DE VOTRE SANTE VERTEBRALE

1. Avez-vous déjà eu recours à une médecine manuelle ? Si oui , quel professionnel :
.....et son nom :
2. A quand remonte votre dernière séance avec ce praticien ?.....
3. Parmi les causes de troubles vertébraux suivants, avez-vous déjà fait ou eu :
 - Accidents de voiture/moto
(dates) :.....
 - Chutes accidentelles
(dates) :.....
 - Efforts excessifs :.....
 - Sports de contact :.....
- Avez-vous déjà eu des fractures ?.....
- Avez-vous subi un examen radiologique ou autres (IRM-Scanner-écographies) ?
 Oui Non
Si oui, inscrivez de quelles parties du corps ?.....

HISTORIQUE ANTERIEUR DE SANTE

- Maladies connues :.....
- Médicaments et/ou vitamines et/ou produits naturels/homéo :.....
- Chirurgies et années :.....
- Avez-vous un pacemaker ?.....
- Avez-vous des cicatrices chirurgicales ou des piercings ? Non Oui
Si oui, à quel endroit ?
.....
- Souffrez-vous d'allergies ? Oui Non
Si oui, lesquelles :.....
- Quel est le nom de votre médecin traitant ?.....

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :

(veuillez entourer la bonne réponse et rayer la mention inutile)

oui	non	arthrose/arthritis	oui	non	diabète/hypoglycémie
oui	non	ostéoporose	oui	non	cholestérol
oui	non	évanouissements	oui	non	hypertension ou hypotension

oui	non	perte de sensation (visage, membres..)	oui	non	maux de tête/migraines
oui	non	dépression/anxiété/nervosité	oui	non	nausées/vomissement
oui	non	troubles pulmonaires (asthme/tuberculose)	oui	non	constipation/diarrhée
oui	non	troubles digestifs (ulcère, RGO..)	oui	non	troubles des reins
oui	non	troubles cardiaques (infarctus/angor)	oui	non	étourdissements/vertiges
oui	non	troubles circulatoires(anévrisme, phlébite..)	oui	non	allergies/sinusites/rhumes
oui	non	problèmes de peau	oui	non	maux d'oreilles (otite, acouphènes)
oui	non	cancer ou tumeur	oui	non	radiothérapie/chimiothérapie
oui	non	Troubles visuels	oui	non	fatigue chronique

HABITUDES DE VIE

1. Travaillez-vous debout assis Autre.....
2. Quelle est votre tâche principale au travail ?.....
3. Avez-vous un poste de travail ergonomique à la maison ? Oui Non
4. Avez-vous un poste de travail ergonomique au travail? Oui Non
5. Portez-vous votre portefeuille dans la poche arrière de votre pantalon ? Oui Non
6. Croisez-vous les jambes assis ? Oui Non
7. Vous faites-vous « craquer » tout seul ? Oui Non
8. Votre matelas est-il ? ferme mou à mémoire de forme
 récent vieux
9. Avez-vous un oreiller ergonomique pour dormir ? Oui Non
10. Avez-vous une bonne qualité de sommeil ? Oui Non
11. Quelle est votre posture de sommeil ? Ventre dos côtés (G ou D)
12. Quelle(s) activité(s) physique(s) pratiquez-vous ?
.....
13. A quelle fréquence ?.....
14. Avez-vous pratiqué un sport de manière intensif ou à haut niveau plus jeune ?.....
15. Fumez-vous ? Non Oui
Quantité/jour.....
16. Encerclez votre niveau de stress : (bas) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (haut)

Protection des données personnelles

Votre chiropracteur est heureux de vous accueillir au sein du cabinet pour vous accompagner dans votre démarche vers la santé. Merci d'avoir rempli consciencieusement ce questionnaire de santé permettant à votre praticien de mieux vous connaître.

Votre praticien est soumis au secret médical ; toutes les informations de votre dossier chiropratique sont strictement confidentielles.

Les informations personnelles portées sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Claire Grandtener, D.C. chiropracteur. Nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est

nécessaire à la gestion de votre dossier.

Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder un an, sauf si :

- Vous exercez votre droit de suppression des données vous concernant, dans les conditions décrites ci-après
- Une durée de conservation plus longue est autorisée ou imposée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire.

Pendant cette période, nous mettons en place tous moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés.

L'accès à vos données personnelles est strictement limité à vos praticiens . Nos sous-traitants, à savoir notre secrétariat à distance disposent seulement de votre nom, prénom et numéro de téléphone. Les sous-traitants en question sont soumis à une obligation de confidentialité et ne peuvent utiliser vos données qu'en conformité avec nos dispositions contractuelles et la législation applicable. En dehors des cas énoncés ci-dessus, nous nous engageons à ne pas vendre, louer, céder ni donner accès à des tiers à vos données sans votre consentement préalable, à moins d'y être contraints en raison d'un motif légitime (obligation légale, lutte contre la fraude ou l'abus, exercice des droits de la défense, etc.).

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant Claire Grandtener , D.C. chiropracteur au 03 26 86 60 50 .

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Consentement éclairé aux actes chiropratiques

Par la présente, je déclare que toutes les informations fournies sur mon état de santé sont complètes et exactes . Je reconnais avoir pris connaissance du **Document d'information relatif au traitement et aux actes chiropratiques** (pages 4 à 7 de ce document).

Je consens à bénéficier des traitements chiropratiques (manipulations vertébrales, manœuvres d'ajustement vertébral, mobilisations des articulations et des tissus) après avoir reçu toutes les informations orales et écrites me permettant d'en apprécier la nature, les contre-indications, les traitements alternatifs, ainsi que les bénéfices et les éventuels inconvénients, complications et risques connus.

J'estime avoir bénéficié d'un délai de réflexion suffisant, avoir pu poser toutes les questions nécessaires à une bonne compréhension et avoir reçu des réponses satisfaisantes.

J'ai également été informé(e) qu'au cours de l'acte, le praticien pouvait se trouver confronté à un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires différents de ceux initialement prévus.

Fait à,

Le

En deux exemplaires, l'un pour le patient, l'autre pour le praticien

Signature du patient ou de son représentant légal

Document d'information relatif au traitement chiropratique

Madame, Monsieur,

Ce document complète l'information et les explications qui vous ont été données oralement par votre chiropracteur sur le traitement dont vous allez bénéficier. Nous vous remercions de le lire attentivement avant de retourner le formulaire de consentement que vous trouverez en dernière page .

Nous vous rappelons que la pratique de la chiropraxie par un chiropracteur est encadrée par décret n° 2011-32 du 7 janvier 2011 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de la chiropraxie. L'usage du titre de chiropracteur est réservé aux professionnels médecins ou non-médecins justifiant d'un diplôme d'un établissement agréé par le ministère de la santé.

Qu'est-ce que la chiropraxie?

Thérapie manuelle de référence pour les soins du dos et des articulations, la chiropraxie a pour objet la détection, le traitement et la prévention des dysfonctionnements du squelette et de ses conséquences, notamment au niveau de la colonne vertébrale et des membres. Ces dysfonctionnements se traduisent notamment par des douleurs locales, projetées ou par une limitation du mouvement.

La chiropraxie se fonde sur une conception globale du fonctionnement de l'organisme et des relations existant entre la colonne vertébrale, le système nerveux et certains troubles de la santé. Elle prend ainsi en compte les facultés de récupération du corps humain.

Elle repose principalement sur les actes de manipulation vertébrale, de manœuvre d'ajustement vertébral et de mobilisation des articulations et des tissus. Ces gestes sont exclusivement externes et non invasifs.

La chiropraxie prend en compte l'appareil locomoteur dans son ensemble, c'est-à-dire votre colonne vertébrale ainsi que les articulations périphériques, muscles, tendons, etc. Le chiropracteur ne limite donc pas son intervention à la seule zone qui conduit à le consulter. La prise en charge qui est proposée est donc globale et non pas systématiquement ou uniquement locale. Il est à ce titre normal que le chiropracteur évalue et traite les dysfonctionnements de l'ensemble de l'appareil locomoteur.

La chiropraxie est donc une réponse naturelle, non-médicamenteuse, préventive autant que curative.

Qu'est-ce qu'une manipulation articulaire ou vertébrale ?

La manipulation est une manœuvre unique, brève et sèche exercée au niveau d'une articulation. Elle est dite « forcée » en ce qu'elle pousse l'articulation au-delà de son jeu habituel, tout en restant dans les limites anatomiques. Elle est généralement accompagnée d'un bruit de craquement. Ce bruit, que l'on nomme "cavitation", vient d'un échange de gaz entre l'articulation et l'environnement et non des os.

Durant cette manœuvre, les vertèbres manipulées bougent légèrement l'une par rapport à l'autre mais elles reviennent immédiatement à leur position de départ une fois le geste effectué. Le chiropracteur ne déplace pas plus qu'il ne remet en place une vertèbre.

L'intérêt de la manipulation réside dans l'amélioration de la mobilité et/ou la diminution de la douleur ressentie. En effet l'étirement très sec des muscles péri-vertébraux, du disque et des articulations intervertébrales est bénéfique. Ces structures anatomiques interviennent dans la douleur. Il peut résulter de leur étirement une détente musculaire et une meilleure mobilité de votre colonne, donc une amélioration de vos douleurs, entre autres.

La manipulation est précédée et parfois remplacée par des manœuvres de mobilisation des articulations ou tissus. Ces dernières consistent en des mouvements répétés, progressifs et élastiques, sans impulsion, auxquels on peut associer diverses techniques manuelles de contractions, relâchements et étirements des muscles. Ces mouvements sont non forcés et peuvent être de forte amplitude. La mobilisation est dite active lorsque c'est le patient qui bouge ou passive lorsque c'est le thérapeute qui fait bouger l'articulation. Cette mise en mouvement des articulations permet d'en rétablir la souplesse.

Ces corrections biomécaniques ont pour but de permettre au système neuromusculaire de fonctionner de la façon la plus complète possible (normalisation de l'activité réflexe locale et des sensations provenant de l'articulation, diminution ou

cessation de la douleur). Ceci permet de rendre au corps toutes ses possibilités d'adaptation rapide aux agressions extérieures.

Les manipulations vertébrales font l'objet de recommandations par la plupart des agences de santé nationales et internationales.

La manipulation et mobilisation que le chiropracteur propose résultent d'un diagnostic déterminé en deux temps :

- L'interrogatoire du patient : le chiropracteur commence par interroger son patient sur ses symptômes, ses antécédents et sur l'efficacité des traitements suivis. Il s'intéresse également à ce qui, dans ses conditions de vie et de travail, peut favoriser l'émergence de troubles.
- L'examen physique : au terme de l'interrogatoire et en fonction des réponses apportées, le chiropracteur procède à un examen physique et peut, autant que besoin, solliciter des examens complémentaires, radiologiques notamment.

Quels sont les risques des manipulations ou mobilisations ?

Tout acte de soin ou de diagnostic en santé présente un risque que le professionnel est formé à évaluer afin d'en minimiser tant la gravité que la fréquence. La probabilité que se produise un événement indésirable fait partie des éléments que le chiropracteur prend en compte pour évaluer la pertinence d'un acte ou diagnostic : il compare le risque au bénéfice attendu pour la santé du patient auquel il apporte l'information utile à un consentement éclairé.

Tout comme les alternatives médicales, chirurgicales ou non, proposées en réponses aux affections prises en charge par la chiropraxie, les manipulations peuvent entraîner des effets ou des événements indésirables.

Les risques connus sont classés en trois niveaux :

- 1) **Effets secondaires bénins et passagers** tels qu'une baisse de la capacité à maintenir son corps dans sa position habituelle (diminution du tonus postural). Ce phénomène est accompagné d'une sensation de fatigue qui apparaît au cours des heures suivant la manipulation. Cet état est de courte durée. Une augmentation des douleurs qui avaient conduit à consulter le chiropracteur peut intervenir puis disparaître dans les 2 à 3 jours.
 - Des douleurs pouvant durer jusqu'à quelques jours.
 - Des sensations de courbatures et de fatigue générale.
 - Des sensations de gêne à différents endroits du corps même éloignés de l'endroit traité qui sont le signe des compensations et modifications posturales en cours.
 - Œdèmes, hématomes, ecchymoses
- 2) **Risques significatifs de fréquence modérée tels que :**
 - Aggravation des lésions avec des douleurs intolérables (hyperalgie).
 - Fracture
 - De côte et ses conséquences
 - De vertèbre avec risque de conséquences neurologiques
 - Sciatique compliquée (sur hernie discale ou pas) de paralysie des muscles de la jambe ou du pied, perturbations sensibles.
 - Névralgie cervico-brachiale (sur hernie discale ou pas) entraînant douleur du bras ou de l'avant-bras et de la main compliquée de paralysie des muscles, perturbation de la sensibilité
- 3) **Les accidents graves exceptionnels :**
 - a. Accidents vasculaires ayant pour conséquence
 - tétraplégie ou paraplégie (paralysie des quatre membres ou de deux membres), ou hémiplégie en particulier en cas de manipulation d'une vertèbre cervicale concomitante à une dissection en cours.
 - Locked In syndrom
 - b. Syndrome de la queue de cheval qui entraîne des troubles ou une paralysie des sphincters (1 cas pour

plusieurs millions de manipulations de la colonne lombaire)

J'ai compris qu'il est difficile de donner un pourcentage exact de ces complications, que l'on m'a bien informé(e) des complications les plus courantes mais qu'une complication exceptionnelle, voire inconnue, est toujours susceptible de se produire.

J'ai été informé(e) qu'en cas de doute sur les effets post traitement, je peux contacter le chiropracteur. En cas d'impossibilité de joindre ce dernier je peux consulter un médecin, appeler le 18 ou le 15 afin de me rendre aux urgences.

Un complément d'information concernant les risques spécifiques à ma condition m'a été donné suite à l'évaluation réalisée par le chiropracteur. A savoir :

Des alternatives médicales ou chirurgicales thérapeutiques m'ont été proposées et il est du ressort du thérapeute concerné que d'en énumérer le bénéfice/risque :

Que faire après une manipulation ?

Vous devez en priorité éviter tout mouvement ou tout effort intempestif, et ce sans obligatoirement vous reposer. Vous devez suivre les conseils de votre chiropracteur qui vous aura expliqué comment positionner votre corps. Vous devez noter soigneusement les médicaments pris et surveiller l'évolution de vos douleurs (HORAIRE, DUREE, ENDROIT DU CORPS OU ELLES ONT LIEU...). Vous devez appeler votre chiropracteur en cas de perte de sensibilité ou de faiblesse musculaire, en cas de vertiges et en cas de troubles visuels, voire violents maux de tête inhabituels.