



Dr Simon Tanguay DC
 2228 St-Antoine Ouest
 Montréal, Québec, H3J 1A7
 Près du Métro 📍 Georges-Vanier
expressiondevie@simontanguay.com

514 667-3911

Questionnaire Santé

Nom:		Date:	
Adresse:		Ville :	Prov.: Code postal:
Date Naiss:	Occupation	État civil	Enfants
Téléphone maison	travail ext.	autre	adresse e-mail
Qui vous a référé au bureau?			

Veillez compléter les questions suivantes qui ont pour but de mieux vous aider à participer à un programme de soins spécifiquement centré sur votre bien être, votre santé et votre système nerveux.

Partie 1 : Vos problèmes de santé et leurs effets sur vos activités quotidiennes.

<p>Avez-vous un (des) problème(s) de santé ? Si oui, décrivez-le(s). <i>Si non, passez à la partie 2.</i></p> <p>Quand cette situation ou préoccupation a-t-il débuté?</p> <p>Avez-vous consulté un autre professionnel pour ce(s) problème(s) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Quel professionnel? Si oui, que vous a-t-on dit?</p> <p>Qu'a-t-on fait ? Quels ont été les résultats ?</p> <p>Pourquoi pensez-vous que cette condition ou mal-aise est-il arrivé ou continue d'arriver? Y aurait-il d'autres causes ou facteurs possibles? Qu'avez-vous changé dans vos habitudes depuis que ce problème existe? Est-ce qu'il y a une un temps ou une/des activité(s) qui vous fait oublier totalement ou partiellement votre condition, votre symptôme ou votre problème? Expliquez. Y a-t-il des activité qui augmente votre attention ou conscience de votre symptôme ? Expliquez.</p> <p>Veillez noter dans l'ordre les 3 les domaines de votre vie les plus affectés par cette condition.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">_____ Travail, École</td> <td style="width: 50%;">_____ S'asseoir, marcher</td> </tr> <tr> <td>_____ Sports, loisirs</td> <td>_____ Sommeil, repos</td> </tr> <tr> <td>_____ Relations, famille</td> <td></td> </tr> </table> <p>Qu'est-ce qui décrit le mieux votre relation ou sentiment actuel <i>face à votre condition</i> :</p> <p><input type="checkbox"/> Comme si rien ne peut m'aider, j'ai peur et je mérite plus que ce qui m'arrive. <input type="checkbox"/> Je me sens pris et je ne sais plus quoi faire. <input type="checkbox"/> Mon/mes symptôme(s) ne font que me nuire et je dois m'en débarrasser. <input type="checkbox"/> J'aimerais que vous m'assistiez durant mon processus de guérison ou de mieux-être. <input type="checkbox"/> Mon symptôme est une ressource clé dans mon processus vers la guérison ou le mieux-être,</p> <p>Qu'est ce qu'un traitement qui fonctionne pour vous?</p>	_____ Travail, École	_____ S'asseoir, marcher	_____ Sports, loisirs	_____ Sommeil, repos	_____ Relations, famille	
_____ Travail, École	_____ S'asseoir, marcher					
_____ Sports, loisirs	_____ Sommeil, repos					
_____ Relations, famille						

PARTIE 3 : Attentes et bénéfices face aux soins

Qu'est ce qui vous a amené à consulter maintenant?

À quel intersection de vie vous trouvez-vous?

Quels sont vos chemin, voie ou avenue possibles?

Quelles action êtes vous prêt à prendre maintenant pour créer un changement dans votre vie?

Qu'est-ce que la vie demande de vous que vous n'êtes pas motivé de faire ou pas prêt pour passer à l'action?

Les patients sous nous soins ressentent des bienfaits à tous les niveaux de leur santé et bien-être énumérés ci-dessous. Quels sont les 3 bénéfiques, en ordre d'importance, que vous aimerez obtenir de vos soins à notre clinique ?

_____ *Amélioration de mes symptômes physiques.*

_____ *Amélioration de mes symptômes émotifs / mentaux.*

_____ *Amélioration de ma capacité de réagir au stress.*

_____ *Amélioration générale de ma qualité de vie.*

_____ *Amélioration de mon appréciation de la vie.*

De quel façon pouvons-nous le mieux vous aider?

Qu'est-ce qui vous motiverais à parler des soins que vous recevrez?

PARTIE 4 : ÉVALUATION DU STRESS

Cochez les cases qui s'appliquent à votre vie et indiquez l'intensité

Stress Physique et Traumatisme

	absent	modéré	sévère
trauma de naissance			
blessures sportives			
accidents de travail			
stress de posture			
dentition/mâchoire			
violence physique			

Autres :

Stress émotif accumulé

	absent	modéré	sévère
trauma de naissance			
école			
famille			
stress au travail			
changement de carrière			
stress financier			
divorce ou séparation			
divorce des parents			
déménagement			
perte d'un être cher			
abus physique			
abus sexuel			
abus émotif			
Trouble de l'alimentation			
accident ou une maladie			
chirurgie ou hospitalisation			

Stress chimique / intoxication accumulée

A quel fréquence consommez-vous:

	Aucun	1x/mois	1x par sem	1x par jour	Est-ce trop?
Médicaments/drogues					
Alcool					
Tabac					
Boissons gazeuses?					
Caféine					
Eau du robinet / tablette					
Sucres raffinés, sucreries et desserts?					
Edulcorants et aspartame?					
Restauration rapide "fast food"					
Avez-vous déjà reçu des vaccins?	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>		Combien ?		