



CHIROPRATIQUE
MONT SAINTE-ANNE

Bonjour,

Je suis le Dr Julien Crête-Piché, Chiropraticien à la Clinique Chiropratique Mont-Sainte-Anne.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de nous avoir choisi pour votre visite en chiropratique !

Voici quelques instructions afin de bien vous préparer pour cette visite :

- Veuillez remplir les documents suivant cette lettre de présentation avant votre première visite.
- La durée du premier rendez-vous est d'environ 1 heure. Les rendez-vous subséquents durent environ 30 minutes.
- L'évaluation initiale est 60\$ et le traitement 50\$. **La première visite coûte donc 110\$.** Le tout est payable **en argent ou par chèque**. Un reçu vous sera remis.
- Veuillez apporter avec vous les imageries (radiographies, etc.) déjà effectuées en lien avec les motifs de votre consultation (copie du rapport écrit, CD, etc.).
- Assurez-vous de porter des vêtements confortables (ex : camisole, short, etc.).
- Si vous êtes dans l'impossibilité de vous présenter à votre rendez-vous, veuillez nous avertir au moins 24 heures à l'avance. Autrement, des **frais d'annulation** de 30\$ seront chargés.

Voici la carte Google qui vous permettra de vous rendre à notre centre chiropratique :
[Cliquez ici pour visionner la carte Google pour vous rendre au centre chiropratique](#)

Nous avons bien hâte d'avoir la chance de vous rencontrer personnellement et d'explorer avec vous les diverses façons dont la chiropratique pourrait vous aider.

D'ici là, n'hésitez pas à nous contacter. Il nous fera plaisir de discuter avec vous et de répondre à vos interrogations.

Vous pouvez aussi [joindre notre communauté santé sur Facebook en cliquant ici](#).

Enfin, si vous souhaitez en apprendre davantage sur la chiropratique avant de nous rencontrer, voici quelques liens intéressants :

- [Qu'est-ce que la chiropratique?](#)
- [Un champion olympique québécois et la chiropratique](#)
- [Des vies transformées par la chiropratique](#)
- [La chiropratique pour assurer votre bien-être](#)

Vous ne regretterez pas de donner une chance à la chiropratique de transformer votre vie !

Dr Julien Crête-Piché, Chiropraticien

Chiropratique Mont-Sainte-Anne

44, rue des Granites, St-Ferréol-les-Neiges, QC G0A 3R0

T 581-701-1239

info@chiromontsainteanne.com

www.chiromontsainteanne.com

FORMULAIRE AU NOUVEAU PATIENT

RENSEIGNEMENTS

Nom du patient : _____ Prénom : _____ Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Adresse : _____ Ville : _____	
Code postal _____ Tél. résidence : _____ Tél. travail : _____ Tél. Cell : _____	
Date de naissance _____ année / _____ mois / _____ jour Âge _____ ans Occupation _____	
Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Courriel : _____	
Nom du conjoint _____ Qui vous a recommandé? _____	
Ou par quelle publicité? <input type="checkbox"/> Pages Jaunes <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Page Web <input type="checkbox"/> Enseigne <input type="checkbox"/> Autre : _____	

Soins chiropratiques antérieurs : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous des enfants? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Date de la dernière visite _____ / _____ / _____	Âge _____ ans Prénom _____
Nom du chiropraticien : Dr(e) _____	Âge _____ ans Prénom _____
Prise de radiographies : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Âge _____ ans Prénom _____

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1. Énumérez par ordre d'importance les motifs de consultations.

- A. _____ Depuis quand ? _____ 1^{er} épisode Oui Non
- B. _____ Depuis quand ? _____ 1^{er} épisode Oui Non
- C. _____ Depuis quand ? _____ 1^{er} épisode Oui Non

2. Comment est survenu votre problème principal (A.)? Graduellement Subitement Ne sais pas Trauma (accident)

3. Votre problème principal est présent...? 25% du temps 50% du temps 75% du temps 100% du temps

4. Comment évolue votre problème?

- S'améliore S'aggrave Ne change pas

5. Votre problème est plus intense ...?

- Au lever Le jour Le soir La nuit

6. Votre problème vous empêche-t-il de ...?

- Travailler Dormir Mener votre routine

7. Avez-vous déjà consulté pour ce problème ? Non

- Chiropraticien Médecin Autre : _____

8. VOS ATTENTES ?

- Correction durable et maintien d'une santé optimale
 Soulagement

9. Habituellement, vous dormez sur ...

- Le dos Le côté Le ventre

10. Portez-vous ?

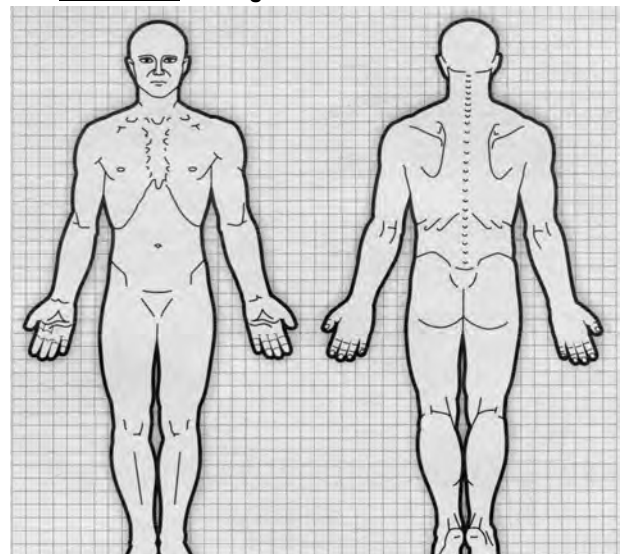
- Une talonnette Des orthèses plantaires

11. Avez-vous déjà subi une opération ?

12. Encercler le chiffre correspondant à la sévérité de votre condition principale (0 = pas de douleur, 10 = douleur extrême)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Indiquez sur ce schéma les motifs de votre consultation en encerclant les régions touchées.



FORMULAIRE AU NOUVEAU PATIENT (SUITE)

HISTOIRE DE SANTÉ

AVEZ-VOUS EU (○) OU AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT (☐) DES PROBLÈMES DE : (veuillez cocher le symbole approprié)

<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Diabète	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Basse pression
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Hypoglycémie	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Constipation	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Brûlures d'estomac	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Fracture	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Nausées / vomissement	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Ecchymoses / bleus
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Hépatite	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Hémorroïdes	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Oedème (enflure)
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Insomnie	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Problèmes de digestion	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Troubles circulatoires
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Irritabilité	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Perte ou gain de poids	Génito-urinaire
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Maux de tête / migraine	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Sang dans les selles	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Infection urinaire
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Sida/MH	Neurologique	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Sang dans l'urine
Musculosquelettique	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Anxiété / Dépression	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Trouble de la prostate
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Arthrite / arthrose	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Convulsions	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Troubles rénaux
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Difficulté à marcher	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Engourdissements	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Trouble d'ordre sexuel
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Douleur au cou	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Etourdissements / vertiges	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Uriner fréquemment
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Point entre les omoplates	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Évanouissements	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Problèmes érectils
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Douleur au bas du dos	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Épilepsie	ORL
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Douleur aux bras / mains	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Otite
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Douleur aux jambes / pieds	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Tremblements	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Raideurs aux articulations	Femme	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Maux de gorge
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Ostéoporose	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Absence de menstruation	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Saignements de nez
Respiratoire	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Menstruations douloureuses	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Sinusites
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Asthme	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Symptômes de ménopause	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Troubles de l'audition
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Bronchite	Êtes-vous enceinte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Troubles de la vue
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Troubles respiratoires	Date de vos dernières règles : _____	Autres : _____

QUEL(S) MÉDICAMENT(S) UTILISEZ-VOUS ?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Pour la pression artérielle | <input type="checkbox"/> Cholestérol élevé | <input type="checkbox"/> Médicaments sans prescription |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire | <input type="checkbox"/> Contraceptifs oraux | <input type="checkbox"/> Arthrose / Arthrite | <input type="checkbox"/> Suppléments : _____ |
| <input type="checkbox"/> Antidouleur | <input type="checkbox"/> Pour le diabète | <input type="checkbox"/> Anticoagulants | <input type="checkbox"/> Relaxants musculaires |
| <input type="checkbox"/> Hormones | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Trouble cardiaque | <input type="checkbox"/> Pour glande thyroïde |

ANTÉCÉDANTS FAMILIAUX

Est-ce qu'un membre de votre famille est ou a été atteint de : Troubles cardiaques Cancer Diabète Arthrite
 ACV/ AVC Hypertension Autres : _____

DÉCLARATION POUR TOUS

Je déclare que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont complètes et exactes, et je consens à subir les examens nécessaires.

Signature : _____ Date : _____

CONSENTEMENT À UN TRAITEMENT CHIROPATRIQUE

Il est important pour vous de considérer les bienfaits, risques et alternatives aux choix de traitement proposés par votre chiropraticien(ne), de connaître la procédure des traitements proposés et que vous soyez bien informé avant de débiter le traitement, conformément à l'article 43 du Code de déontologie des chiropraticiens .

Le traitement chiropratique peut comprendre l'ajustement, la manipulation et la mobilisation de la colonne vertébrale et des autres articulations du corps, des techniques de relâchement des tissus mous (muscles et autres tissus de soutien) et d'autres modalités de traitement telles que l'électrothérapie ou la thérapie au laser et la prescription d'exercices.

Bienfaits

Le traitement chiropratique a été démontré efficace pour différentes problématiques affectant le cou, le dos et autres régions du corps qui sont causés par une dysfonction des nerfs, des muscles, des articulations et des autres tissus connexes. Le traitement prodigué par votre chiropraticien(ne) peut soulager la douleur, y compris les maux de tête, les engourdissements ou autres sensations anormales, la raideur musculaire et les spasmes. Le traitement chiropratique peut aussi augmenter la mobilité, améliorer le fonctionnement des articulations, des muscles et du système nerveux ainsi que réduire ou éliminer le besoin de médicaments ou de chirurgie.

Risques

Les risques associés au traitement chiropratique varient selon la condition de chaque patient, la partie du corps traitée et le type de traitement prodigué.

Les risques incluent:

- **Aggravation temporaire des symptômes** – En général, toute augmentation de symptômes préexistants, de douleur ou de raideur ne durera que de quelques heures à quelques jours.
- **Irritation cutanée ou brûlure** – Les irritations cutanées ou les brûlures peuvent résulter de l'utilisation de certains appareils d'électrothérapie ou de laser. Une irritation cutanée devrait disparaître rapidement. Une brûlure peut laisser une cicatrice permanente.
- **Élongation musculaire ou ligamentaire** – Normalement, une élongation musculaire ou ligamentaire guérira en quelques jours ou quelques semaines avec un peu de repos, une protection de la partie affectée et d'autres soins mineurs.
- **Fracture d'une côte** – Une côte fracturée est douloureuse et peut limiter vos activités pendant un certain temps. Ce problème guérit généralement de lui-même en quelques semaines, sans nécessiter de traitement ou d'intervention chirurgicale.
- **Blessure ou aggravation d'un problème discal** – Au fil du temps, les disques de la colonne vertébrale peuvent subir une dégénérescence ou être endommagés. La dégénérescence est causée par le vieillissement, tandis que les dommages peuvent résulter de gestes quotidiens courants, tels que se pencher ou soulever un objet. Les patients ayant déjà un disque endommagé ou affecté par la dégénérescence n'ont pas forcément de symptômes. Ils peuvent même ne pas savoir qu'ils ont un problème discal. Ils peuvent aussi ne pas savoir que leur état s'aggrave parce que leurs problèmes au dos ou au cou ne sont pas très fréquents.

Le traitement chiropratique ne devrait pas causer de dommages à un disque qui n'est pas endommagé ou affecté par la dégénérescence. Le traitement pourrait toutefois aggraver un problème préexistant, au même titre que toute autre activité de la vie quotidienne. Les conséquences d'une blessure à un disque ou de l'aggravation d'un problème préexistant varieront pour chaque patient. Dans les cas les plus graves, les symptômes du patient peuvent inclure la perte de mobilité du dos ou du cou, des engourdissements dans les jambes ou les bras, des troubles des fonctions intestinales ou urinaires ou des troubles de la mobilité des jambes ou des bras. Une intervention chirurgicale pourrait être nécessaire.

• **Accident vasculaire cérébral (AVC)** – Bien que les données médicales et scientifiques actuelles ne permettent pas d'établir que le traitement chiropratique puisse causer des dommages à une artère ou un AVC, dans de rares cas, un traitement chiropratique a été associé à un AVC. Toutefois, ces cas peuvent s'expliquer par la présence d'une artère déjà endommagée ou le fait que le patient progressait vers un AVC au moment où il a consulté un chiropraticien.

Plusieurs activités de la vie quotidienne impliquant des mouvements banals du cou ont aussi été associées à des AVC. Ceux-ci résultent d'une artère endommagée dans le cou ou d'un caillot déjà présent dans l'artère, qui se détache et qui monte vers le cerveau.

Le sang arrive au cerveau par deux groupes d'artères qui passent par le cou. Le vieillissement, la maladie ou une blessure peuvent affaiblir ou endommager ces artères. Un caillot sanguin peut se former dans une artère endommagée. Le caillot, en entier ou en partie, peut se détacher de la paroi de l'artère et monter vers le cerveau, où il peut interrompre le flux sanguin et provoquer un AVC.

Les conséquences d'un AVC peuvent être très graves, y compris des troubles importants de la vue, du langage, de l'équilibre et des fonctions cérébrales, ainsi que la paralysie ou la mort.

Choix alternatifs

Les choix alternatifs au traitement chiropratique peuvent inclure la consultation d'autres professionnels de la santé. Votre chiropraticien(ne) peut aussi recommander une période de repos sans traitement ou des exercices avec ou sans traitement.

Questions ou inquiétudes

Nous vous encourageons à poser des questions, en tout temps, sur votre évaluation et votre traitement. N'hésitez pas à mentionner à votre chiropraticien(ne) toute inquiétude que vous pourriez avoir. Si vous ne vous sentez pas à l'aise, vous pouvez interrompre le traitement en tout temps.

Votre santé vous concerne, soyez-en responsable. Avisez sans délai votre chiropraticien(ne) de tout changement de votre état de santé.

NE SIGNEZ PAS CE FORMULAIRE AVANT D'AVOIR RENCONTRÉ VOTRE CHIROPRACTICIEN(NE)

Je reconnais avoir discuté de mon état de santé et avoir été informé(e) de la nature du problème à traiter par mon (ma) chiropraticien(ne), de la procédure des traitements qu'il (elle) me propose ainsi que de ses bienfaits potentiels et de ses risques.

Je déclare avoir été informé d'alternatives aux traitements proposés.

Je déclare avoir reçu les informations et explications nécessaires pour donner un consentement libre et éclairé aux traitements proposés par mon (ma) chiropraticien(ne).

Je déclare avoir été informé(e) que je peux en tout temps révoquer mon consentement et que tout changement significatif dans le plan de traitement qui m'est proposé sera soumis à un consentement distinct de ma part.

Nom complet du patient en lettres moulées

Signature du patient (ou du tuteur)

Date de naissance du patient

Nom complet du (de la) chiropraticien(ne)
en lettres moulées

Signature du (de la) chiropraticien(ne)

Date

20

POLITIQUES DE LA CLINIQUE

Pour que votre visite à la clinique soit une expérience unique et des plus agréables, nous vous demandons de prendre connaissance des quelques règles suivantes.

1- Confidentialité

Par respect pour vous, et selon le code de déontologie de l'Ordre des Chiropraticiens du Québec, toutes les informations divulguées lors des consultations demeurent confidentielles. Bien que le bouche-à-oreille soit notre meilleure publicité, nous ne pouvons vous dire qui nous a consultés ni fournir aucun détail concernant les autres patients.

Par contre, vous pouvez nous autoriser à communiquer avec les autres professionnels de la santé que vous consultez (indiquez le nom de la clinique ainsi que les coordonnées de celle-ci si possible) :

J'autorise Dr Julien Crête-Piché, chiropraticien, à communiquer avec les personnes suivantes au sujet de mon dossier, l'objectif étant d'obtenir en tout temps les traitements les plus appropriés.

- Mon médecin: _____
- Mon physiothérapeute: _____
- Autre professionnel de la santé : _____

Nom patient(e) Signature patient(e)

2- Ambiance et propreté des lieux

Par respect pour les autres patients, veuillez éteindre votre cellulaire en entrant dans la clinique. Si vous attendez un appel urgent, veuillez sortir de la clinique pour le compléter.

Afin de garder les lieux propres, nous vous demandons de retirer vos bottes, chaussures ou sandales à votre arrivée. Des pantoufles sont disponibles à l'entrée.

3- Annulations, retards et oublis

Le respect de la fréquence de vos soins est un critère important pour obtenir des résultats optimaux. Toutefois, si vous ne pouvez pas vous présenter à votre rendez-vous, avisez-nous le plus rapidement possible. De cette façon, nous pourrions offrir cette disponibilité à quelqu'un qui en a besoin et peut-être même vous offrir un rendez-vous à un autre moment de la journée.

Nous nous réservons le droit de facturer des frais de 30 \$ pour les visites manquées sans un préavis de 24 heures.

En cas de retard, nous vous invitons à nous appeler pour nous en avertir. Le traitement sera adapté en fonction du temps disponible. Les tarifs seront toutefois les mêmes. Si le retard est trop important, la visite sera considérée comme une visite manquée sans préavis.

4- Tarifs, paiements et formulaires d'assurance

- Évaluation initiale et ouverture de dossier : 50 \$
- Ajustement (traitement d'une durée approximative de 30 minutes) : 50 \$
- Réévaluation : 30 \$

Les honoraires sont payables en argent ou par chèque (au nom de Dr **Julien Crête-Piché Chiropraticien**) à chaque visite. Vos formulaires d'assurance vous seront remis à votre demande.

5- Rappel des rendez-vous

Afin de vous appuyer dans votre démarche de santé, nous vous offrons sans frais un service de rappel. Plusieurs possibilités s'offrent à vous :

Je désire recevoir un rappel de rendez-vous :

- Par téléphone :* _____
- Par texto :* _____
- Par courriel :* _____
- Je ne désire pas recevoir de rappel et je suis conscient(e) que des frais pourront m'être facturés en cas d'oubli.*

6- Horaire et urgences

La clinique est ouverte sur rendez-vous les mardis, jeudis et les fins de semaine. Pour toute urgence, contactez-nous au **581 701-1239** ou par courriel à **info@chirumontsainteanne.com**.

7- Communications

Pour obtenir plus d'information sur la santé, nos services et nos promotions, vous pouvez nous suivre sur Facebook. Éventuellement, une infolettre sera aussi mise en place. Souhaitez-vous recevoir ces informations?

- Oui, je désire recevoir des informations de la clinique à l'adresse courriel suivante :*

- Non, je ne souhaite pas recevoir de communications de la clinique.*

Signature : _____ *Date :* _____

Merci de votre confiance à notre égard et bonne santé! Dr Julien Crête-Piché, chiropraticien