

## Questionnaire Patient

***Ce questionnaire est important il constitue votre fiche patient et permet en partie d'établir notre diagnostic. Aussi, nous vous remercions de bien vouloir renseigner tous les champs avec soin et le plus précisément possible. Les données communiquées restent bien entendu confidentielles et seront utilisées uniquement au sein du cabinet Spin'Dynamic.***

### Coordonnées

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Poids et taille :**

**Profession :**

**(Si vous êtes retraité(e) veuillez préciser votre ancienne profession)**

**Tél fixe :**

**Portable :**

**Email :**

**Ville :**

**Code Postal :**

### Soins et pathologies

**Etiez-vous déjà patient(e) de J.M. O'dru ?**

**SI OUI :**

- 1. Pour quelles pathologies étiez vous suivi(e) et depuis quand ?**
- 2. Connaissez vous le nombre de séances de réalignement vertébral dont vous avez bénéficié ?**

**SI NON :**

Comment avez-vous connu la méthode de Réalignement Vertébral ou par qui?

**IMPORTANT :**

**Pratiquez-vous régulièrement des exercices de suspension et/ou d'étirement de votre dos ?**

**Si oui merci de détailler les exercices et de préciser leur fréquence.**

-  
-

**QUELS SONT VOS SYMPTÔMES ACTUELS : (CHAMP OBLIGATOIRE)**

Veillez détailler précisément vos symptômes et pathologies actuels pour lesquels vous venez consulter, en les situant dans le temps.

-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-

Certains membres de votre famille souffrent-ils de symptômes similaires ?  
Si oui veuillez préciser :

## **Souffrez-vous en outre des affections suivantes :**

**Si vous avez été victime par le passé d'un de ces symptômes et même s'il n'est plus actuel, veuillez toutefois à le mentionner.**

Allergie :	<b>Oui</b>	<b>Non</b> (si oui, précisez le type d'allergie)
Arthrose :	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Diabète :	<b>Oui</b>	<b>Non</b> (si oui, précisez le taux)
Dépression :	<b>Oui</b>	<b>Non</b> (si oui, suivez vous un traitement)
Maladie cardiaque ou cardio-vasculaire : exacte)	<b>Oui</b>	<b>Non</b> (si oui, précisez la pathologie)
Vertiges et/ou Malaises :	<b>Oui</b>	<b>Non</b> (si oui, précisez fréquence et circonstances)
Maladie infectieuse :	<b>Oui</b>	<b>Non</b> (si oui, précisez)
Cancer :	<b>Oui</b>	<b>Non</b> (si oui, précisez le type de cancer si traité ou en cours de traitement ?)
Maladie spécifique : (Génétique, orpheline ou autre)	<b>Oui</b>	<b>Non</b> (si oui, précisez)
Ostéoporose :	<b>Oui</b>	<b>Non</b> (si oui, joindre votre examen)
Maladie de la peau :	<b>Oui</b>	<b>Non</b> (Si oui précisez)

## **Avez-vous déjà subi des opérations chirurgicales ?**

**Lesquelles ? A quelle date ?**

**Suivez-vous un traitement à l'heure actuelle ? Si oui, pour quelle(s) pathologie(s) ?**

**Possédez-vous des imageries (radios, IRM ou scanner) de votre colonne ?  
Merci de préciser lesquelles.**

- 
- 
- 

**Vie quotidienne**

**Dans quelle catégorie de personnes vous situez-vous ?**

- 1. Aucune pratique physique ou sportive**
- 2. Pratique occasionnelle (moins d'une fois par semaine)**
- 3. Pratique régulière (minimum deux fois par semaine)**
- 4. Pratique quotidienne**

**Si vous ne pratiquez pas d'activité physique ou sportive merci d'en préciser la raison :**

- 1. Manque de temps**
- 2. Douleurs**
- 3. N'apprécie pas particulièrement le sport**
- 4. Ignore quels exercices seraient adaptés pour son cas**

**Si vous pratiquez régulièrement une activité physique ou sportive,  
Veillez préciser laquelle ou lesquelles ainsi que leur fréquence :**

- 
- 
- 

**Vos symptômes et pathologies actuels vous gênent-ils dans la pratique de ce sport ou de cette activité physique ?**

**Si oui pourquoi et depuis quand ?**

**Votre profession exige-t-elle au quotidien des postures ou positions répétées susceptibles d'être dommageables pour votre colonne vertébrale ?**

**Merci de préciser :**

**(Par exemple : assis toute la journée devant un écran, position debout statique et prolongée, tête fléchie en arrière ou penchée en avant...)**

- 
- 

**Exercez-vous ou avez-vous exercé par le passé un métier physique ou pour lequel votre dos a été particulièrement sollicité ?**

**Si oui Précisez lequel et pendant combien de temps ?**

**Avez-vous pratiqué un ou des sports intenses ?**

**Si oui précisez lesquels ?**

**Avez-vous déjà été victime de choc, accident, ou chute par le passé (même si l'épisode date de plusieurs années ou s'est produit pendant votre petite enfance).**

**Si oui précisez la date (au moins approximative) et les circonstances ?**

**Etes vous d'un tempérament anxieux ou exposé à un stress important du fait de votre profession par exemple ?**

**Avez-vous été victime d'un choc émotionnel ou d'un évènement traumatique qui vous a particulièrement affecté (deuil, rupture, harcèlement moral ou autre) ?**

**Si oui, précisez la date (approximative) ?**

Habitudes de couchage :

**Quel est votre type de literie ?**

**Ferme**

**Souple**

**A mémoire de forme**

**Quelle est votre position anatomique durant votre sommeil?**

**Couché sur le dos**

**Sur le côté**

**A plat ventre**

**Sur quel type d'oreiller dormez-vous ?**

**Synthétique**

**Plumes**

**Mémoire de forme ou autre précisez :**

**Sans oreiller**

Habitudes alimentaires :

**Etes-vous un gros consommateur de produits laitiers et/ou fromages ?**

**Si oui précisez la fréquence par jour ou par semaine ?**

**Etes vous un gros consommateur de viande rouge ?**

**Si oui précisez la fréquence par jour ou par semaine ?**

**Appréciez vous particulièrement les aliments et les boissons sucrés ? En consommez vous souvent ?**

**Suivez-vous un régime particulier ?**

**Si oui précisez lequel et depuis quand ?**

**Vous a-t-on déjà prescrit du calcium ?**

**Si oui pour quelle raison ?**

**Date :**

**Signature :**