

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél : ..... Port : ..... E-Mail : .....  
Situation familiale : C.M.D.V. Profession actuelle ou passée..... En arrêt de travail

---

Comment avez-vous connu le cabinet :  Internet  Doctolib  Presse  Patient (notez son nom et prénom) : .....

- Nom et adresse de votre médecin traitant : .....
- Votre motif de consultation : .....

Sur une échelle de 0 (Absence) à 10 (Insupportable), quelle est actuellement l'intensité de votre douleur : .....

- **Cochez si Douleur irradiante vers:**  Epaule  Bras  Main  Gauche  Droit(e)  
 Fesse  Jambe  Pied  Gauche  Droit(e)

• **Cochez le type de douleur ressentie:**

- |  |  |  |                                     |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fourmillement   | <input type="checkbox"/> Tiraillement      | <input type="checkbox"/> Élançement            | <input type="checkbox"/> Pénétrante |
| <input type="checkbox"/> Engourdissement | <input type="checkbox"/> Coups de poignard | <input type="checkbox"/> Décharges électriques | <input type="checkbox"/> Épuisante  |
| <input type="checkbox"/> Pincement       | <input type="checkbox"/> En étai           | <input type="checkbox"/> Brûlure               | <input type="checkbox"/> Déprimante |

Quels mouvements et activités effectuez-vous avec difficulté ?

Depuis quand et comment votre problème a-t-il débuté : .....

• ***Citez et datez vos antécédents :***

Accidents de voiture : .....

Fractures : .....

Chutes, Blessures : .....

Maladies : .....

Opérations : .....

- Citez vos anciens problèmes de dos : .....
- Activités, sports, loisirs, préférés : .....
- Dormez-vous sur le ventre : .....

**Cochez si vous rencontrez des problèmes de :**

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stress                   | <input type="checkbox"/> Thyroïde                 | <input type="checkbox"/> Neuropathie                            | <input type="checkbox"/> Canal Carpien           |
| <input type="checkbox"/> Sommeil                  | <input type="checkbox"/> Ostéoporose              | <input type="checkbox"/> Diabète                                | <input type="checkbox"/> Infections ORL répétées |
| <input type="checkbox"/> Fatigue                  | <input type="checkbox"/> Arthrose / Arthrite      | <input type="checkbox"/> Hypertension Artérielle                | <input type="checkbox"/> Dépression / Nervosité  |
| <input type="checkbox"/> Manque de vitalité       | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie             | <input type="checkbox"/> Problèmes Cardiaque                    | <input type="checkbox"/> Problèmes Digestifs     |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête / Migraines | <input type="checkbox"/> Troubles de la ménopause | <input type="checkbox"/> Problème de circulation Mains / Jambes | <input type="checkbox"/> Surpoids / Obésité      |
| Fréquence : .....                                 | <input type="checkbox"/> Algodystrophie           | <input type="checkbox"/> Allergies ou Asthme                    | <input type="checkbox"/> Poids.....KG            |
| <input type="checkbox"/> Acouphènes / Vertiges    |   |   |  |

Pour quels problèmes de santé prenez-vous des médicaments : .....

Avez-vous déjà fait usage de produits stupéfiants cocaïne, héroïne : .....

Votre famille est-elle exposée à des problèmes de dos ou de santé : .....



## Note d'information sur la chiropraxie

Chère Madame, cher Monsieur,

Vous venez de faire connaissance avec une profession de santé que vous ne connaissiez peut-être pas : la profession chiropratique.

Les soins et protocoles de soins chiropratiques comportent un certain nombre de techniques manuelles appelées ajustements articulaires et vertébraux. La loi du 4 mars 2002 fait obligation aux professionnels de santé d'obtenir le consentement éclairé de chaque patient avant tout acte technique après lui avoir donné une information «...intelligible, exacte et exhaustive.»

### Qu'est ce qu'un ajustement articulaire ou vertébral ?

C'est une technique manuelle qui consiste en un geste spécifique permettant de rétablir le fonctionnement harmonieux d'une articulation, dans toutes ses amplitudes de mouvements.

Cette normalisation biomécanique a 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 de la vie de tous les jours. Cet ajustement est appliqué sur une articulation qui a été jugée comme étant le siège d'une perturbation fonctionnelle (qui fonctionnait mal). L'ajustement provoque une mobilisation qui s'accomplit à l'intérieur des limites physiologiques articulaires normales.

### Les soins sont-ils douloureux et/ou dangereux ?

Les soins doivent être le plus doux possible et ils sont très rarement douloureux.

Dans certains ajustements, le geste est rapide - il le doit, pour être efficace et indolore - il peut donc paraître impressionnant. Il n'est en aucun cas dangereux en lui-même.

### Quels sont les possibles effets secondaires et/ou indésirables?

Dans un certain nombre de cas: il arrive que le patient ressentent :

- Une augmentation passagère de la douleur.
- 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.

### Après votre 1ère séance:

Buvez 1 litre d'eau par 30 Kg de poids corporel. Gardez la dynamique des soins apportés: Marchez, bougez et si votre condition le permet faites du sport et pratiquez les exercices de renforcement postural recommandés. Tenez vous droit et souriez, la vie est belle! Si vous ressentez une gêne importante dans les 3 jours suivants votre séance, merci de nous contacter immédiatement, une contre-visite ne vous coûte rien.

### Restez concentré sur les progrès obtenus:

Observez tout changement dans l'intensité, la fréquence ou la durée de votre douleur, le corps ne changera que progressivement et toute guérison nécessite du temps.

**Notez les améliorations** dans l'amplitude de vos mouvements, souplesse, détente musculaire, vitalité, meilleur sommeil récupérateur ou digestion améliorée, etc...

Si vous ressentez une gêne importante dans les **3 jours** suivants votre séance, merci de nous contacter immédiatement, **une contre-visite ne vous coûte rien.**

### Y a-t-il des possibilités de complications ou d'accidents ?

Les accidents sont très rares. Toute thérapie comporte des risques et l'on peut même dire que toute activité humaine possède ses dangers inhérents - mais son rapport risque/ bénéfice fait de la chiropraxie une des meilleures approches dans son champ d'application.

L'accident le plus redoutable est l'accident vertébro-basilaire ischémique (AVBI) qui est une complication extrêmement rare.

Une étude de la littérature scientifique permet d'évaluer ce risque à un AVBI pour un million d'ajustements des vertèbres cervicales. Pour rendre les choses plus concrètes l'exposition à un risque équivalent d'accident grave pour la prise d'anti-inflammatoire non-stéroïdien est 100 à 400 fois supérieures selon les études.

Au vu de ce qui précède et acceptant le risque-statistique lié aux ajustements.

**Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consens aux soins proposés par Monsieur Fabien MATHIEU Chiropracteur diplômé, exerçant 15, Place Grangier 21000 Dijon - SIREN: 41000532600088 - RPPS: 10010428984**

### Acceptation des conditions générales de vente du Centre LEVEL

Consultation non remboursée par l'Assurance Maladie. En acceptant les conditions tarifaires, je m'engage à suivre les soins chiropratiques suivant les recommandations de mon chiropracteur. J'accepte les honoraires de première visite qui me seront présentés et détaillés explicitement avant toute consultation. Pour rappel, la première consultation comprend toujours un bilan postural complet (50€) + une séance de manipulation chiropratique si votre condition est qualifiable (50€ à 150€). Le paiement des séances se fera sous la forme de règlement par chèque bancaire, espèces, carte bancaire via application, virement bancaire ou par prélèvement automatique sur mon compte bancaire sans frais.

Je comprends que les résultats peuvent varier d'une personne à une autre et qu'en l'état actuel des connaissances, aucun résultat définitif ne peut être garanti. Je comprends que mon chiropracteur n'est pas tenu à une obligation de résultats.

Après accord sur devis, si je renonce à poursuivre mes séances de soins, je m'engage à régler le solde de mon devis initial sous un délai de 15 jours suivant ma dernière séance de soins. Tout remboursement se fera sur la base du tarif à la séance en vigueur au jour de la demande d'arrêt des soins (Hors coût des produits, séance Laser ou Infra Rouge et des compléments nutritionnels phytothérapeutiques. Tout produit ouvert ou matériel de rééducation posturale ou vertébrale est non remboursable).

Je comprends que tout devis effectué, indique les techniques qui seront utilisées sur l'ensemble du protocole. Ces techniques ne sont pas nécessairement utilisées systématiquement à chaque séance. Seul votre chiropracteur déterminera la ou les techniques à utiliser en fonction de la condition rencontrée le jour de la séance.

J'accepte les conditions RGPD du centre LEVEL concernant l'enregistrement de mes données personnelles et que des photos et/ou des vidéos, soient prises avant, après et pendant les soins.  J'accepte  Je n'accepte pas l'utilisation et la diffusion de ces vidéos et de ces images dans le cadre de notre communication sur nos réseaux sociaux, sur nos sites internet ou sur nos différents supports pour une durée indéterminée.

J'accepte que la validité de tout devis soit limitée à 1 mois, à partir de la date de l'établissement du devis. Par ma signature, je comprends et j'accepte le consentement éclairé sur les risques types. J'ai pris connaissance des risques de lésions sur le système cardiovasculaire liés au traitement chiropratique.

J'accepte que mon chiropracteur s'autorise à refuser de poursuivre les soins ou toute séance si je ne respecte pas les recommandations de suivi des soins préconisés ou si mon attitude est incompatible avec des soins ou lors d'abandon de soin de ma part. Aucun remboursement ne sera alors possible sur les soins réalisés ou non.

Document établi en deux exemplaires, l'un remis au patient, l'autre conservé par le praticien.

Date: ...../...../.....

Signature du patient ou du tuteur légal:  
Bon pour accord

Signature du praticien: