



## RÉÉVALUATION : CONSTAT DU PROGRÈS DU PATIENT

DATE : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

### 1. SERVICES DE SANTÉ UTILISÉS AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE CHEZ ABC CLINIQUE SANTÉ :

Chiropratique                      Nutrition                      Acupuncture                      Physiothérapie  
 Massothérapie                      Kinésiologie                      Travail Social                      Autres : \_\_\_\_\_

### 2. ÉVALUEZ LE POURCENTAGE D'AMÉLIORATION ÉPROUVÉ:

	Motif(s) de consultation	% d'amélioration
Exemple	Mal de tête, perde de poids, remise en forme...	70%
Objectif #1		
Objectif #2		

### 3. COMPRENEZ-VOUS LA CAUSE DE VOS SYMPTÔMES ? OUI / NON . SI OUI PRÉCISEZ :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. NOTEZ LES CHANGEMENTS DE VOTRE ÉTAT GÉNÉRAL DE SANTÉ :

Sommeil amélioré	OUI	NON
Stress/Anxiété améliorés	OUI	NON
Énergie améliorée	OUI	NON
Syndrome prémenstruel amélioré	OUI	NON
Digestion améliorée	OUI	NON
Maux de tête diminués	OUI	NON
Tensions musculaires diminués	OUI	NON
Engourdissements diminués	OUI	NON
Infections (otites, sinusites ou autres) diminuées	OUI	NON
Prise de médicaments diminuée	OUI	NON
Autres (spécifiez SVP) :		

5. SENTEZ-VOUS QUE LE(S) PROFESSIONNEL(S) DE LA SANTÉ CONSULTÉ(S) COMPRENNENT VOS BESOINS ?

---

---

6. AVEZ-VOUS L'INTENTION DE POURSUIVRE VOS SOINS AVEC L'ÉQUIPE ABC CLINIQUE SANTÉ?

Oui – Quels sont vos objectifs santé visés? \_\_\_\_\_

Je suis incertaine – Pourquoi? \_\_\_\_\_

Non – Pourquoi? \_\_\_\_\_

7. QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR FAVORISER VOTRE GUÉRISON ET/OU VOTRE ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL À LA MAISON ? AVEZ-VOUS FAIT DES MODIFICATIONS POSITIVES POUR :

Alimentation	OUI	NON
Hydratation	OUI	NON
Exercice physique	OUI	NON
Tabagisme	OUI	NON
Consommation d'alcool ou drogues	OUI	NON
Posture de sommeil	OUI	NON
Posture de travail	OUI	NON
Attitude positive	OUI	NON
Autre : _____	OUI	NON

8. SI VOUS LE DÉSIREZ, NOUS APPRÉCIERIONS UN TÉMOIGNAGE EXPLIQUANT VOTRE EXPÉRIENCE CHEZ ABC CLINIQUE SANTÉ.

---

---

---

---

---

---

---

Permettez-vous que l'on se serve de votre témoignage, en publiant uniquement votre prénom et votre âge ? OUI / NON Initiales : \_\_\_\_\_

**Merci de votre confiance et gardez la santé !**

ABC Clinique Santé, la force d'une équipe au service de votre santé.