



## 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.