



**Clinique
Chiropratique
NeuroPro**

Dr Pierre Parent, chiropraticien

Prendre conscience: votre cerveau est-il sur la bonne voie

Cochez la bonne réponse	OUI	NON
1. Écrivez-vous de la main gauche ou de la main droite?	(gauche) <input type="checkbox"/>	(droite) <input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà subi une blessure à la tête?		
3. Avez-vous déjà perdu connaissance?		
4. Avez-vous des antécédents d'étourdissements?		
5. Souffrez-vous d'acouphène?		
6. Est-ce qu'il vous arrive d'avoir des nausées?		
7. Votre équilibre semble-il s'empirer?		
8. Éprouvez-vous des difficultés lorsque vous descendez les marches?		
9. Éprouvez-vous de la difficulté à faire des calculs mathématiques?		
10. Cherchez-vous fréquemment vos mots lorsque vous parlez?		
11. Avez-vous l'impression que votre capacité à vous concentrer a régressé?		
12. Ressentez-vous une fatigue après avoir fait de la lecture?		
13. Vous arrive-t-il de vous perdre ou d'éprouver une difficulté avec les directions ou itinéraires?		
14. Êtes-vous facilement dérangés par des bruits forts et dispersés?		

Cochez la bonne réponse	OUI	NON
15. Êtes-vous facilement dérangés par des éclats de lumières soudains à la télévision ou lors de films?		
16. Ressentez-vous le besoin de porter des lunettes de soleil à l'extérieur?		
17. Votre écriture a-t-elle changé dans les dernières années?		
18. Éprouvez-vous de la difficulté à avaler?		
19. Votre réflexe nauséeux est-il facilement déclenché?		
20. Votre vision est-elle parfois brouillée?		
21. Votre vision est-elle parfois doublée?		
22. Éprouvez-vous de la difficulté au niveau de votre odorat?		
23. Percevez-vous parfois des odeurs répugnantes sans cause apparente?		
24. Éprouvez-vous des difficultés au niveau du goûter?		
25. Percevez-vous une différence entre ce que vous goûtez et ce que vous mangez?		
26. Avez-vous remarqué une maladresse au niveau de la coordination des mains?		
27. Éprouvez-vous de la difficulté avec votre mémoire à court terme?		
28. Avez-vous déjà été informé/ avez-vous remarqué une perte de mémoire en lien avec des événements passés?		
29. Avez-vous remarqué une sudation inégale de chaque côté de votre corps ou une température différente de chaque côté de votre corps?		
30. Vous arrive-t-il de sentir un serrement, une faiblesse ou une instabilité au niveau de votre dos ou de votre cou?		
31. Ressentez-vous parfois des engourdissements au niveau des mains, pieds ou visage?		

Cochez la bonne réponse	OUI	NON
32. Avez-vous remarqué des crampes ou tremblements dans vos mains ou jambes?		
33. Avez-vous des difficultés à vous endormir ou à maintenir le sommeil?		
34. Contractez-vous le mal des transports facilement? 35. Vous arrive-t-il de percevoir des éclats de lumière dans votre champ de vision?		
36. Vous arrive-t-il de percevoir des objets qui flottent dans votre champ de vision?		
37. Vous arrive-t-il d'avoir les yeux ou la bouche sèche?		
38. Vous arrive-t-il de saliver excessivement ou de produire plus de larmes?		
39. Ressentez-vous une pression dans l'oreille?		
40. Souffrez-vous fréquemment de flatulences ou de ballonnements?		
41. Avez-vous l'impression de ne pas bien digérer votre nourriture?		
42. Avez-vous déjà souffert d'un trouble d'élocution?		
43. Vous arrive-t-il d'avoir les paupières tombantes?		
44. Ressentez-vous parfois une fatigue des muscles de votre visage? 45. Vous arrive-t-il de sentir un resserrement de la mâchoire ou avez-vous déjà été diagnostiqué d'un trouble de l'articulation temporo-mandibulaire (TMA)?		
46. Vous arrive-t'il d'avoir des augmentations de votre fréquence cardiaque au courant de la journée?		
47. Avez-vous déjà subi ou avez-vous déjà été diagnostiqué d'arythmie?		
48. Avez-vous déjà subi ou avez-vous déjà été diagnostiqué de tachycardie?		
49. Vous arrive-t-il d'éprouver une sensation de déjà vu?		
50. L'action de conduire vous provoque-t-elle de la fatigue ou des maux de tête?		

Cochez la bonne réponse	OUI	NON
51. Les travaux à l'ordinateur vous provoquent-ils de la fatigue ou des maux de tête?		
52. Vous arrive-t-il d'uriner à une fréquence plus ou moins grande qu'à l'habitude? (Fréquence régulière est 6 à 8 fois par jour) ou d'uriner au lit?		
53. Votre fréquence de selle est-elle plus ou moins grande que la normale? (La fréquence normale est de 3 fois par jour)		
54. Avez-vous perdu l'intérêt pour certaines activités que vous aimiez auparavant?		
55. Ressentez-vous un manque de motivation pour faire vos activités habituelles?		
56. Avez-vous remarqué un battement rapide ou un clignement fréquent des yeux?		
57. Éprouvez-vous une difficulté à distinguer la gauche de la droite?		
58. Considérez-vous ce questionnaire comme étant difficile?		

VEUILLEZ LAISSEZ VOS QUESTIONS ET COMMENTAIRES EN LIEN AVEC LE QUESTIONNAIRE CI-DESSUS. _____

Nombre total de cases cochées OUI : _____

Nombre total de cases cochées NON : _____