

Informations personnelles

Date : ____/____/____ No. Dossier : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance (J/M/A) : _____ Âge : _____

Nom des parents : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Tél. résidence : _____ cell. : _____ travail : _____

Courriel : _____

Autorisez-vous la clinique à communiquer avec vous par courriel (exercices, recommandations, informations)? Oui " Non "

Assurances couvrant les soins chiropratiques : oui " non " _____

Nom médecin de famille : _____ Date dernière consultation : _____

Votre enfant a-t-il déjà consulté en chiropratique? Oui " Non " Date du dernier traitement : _____

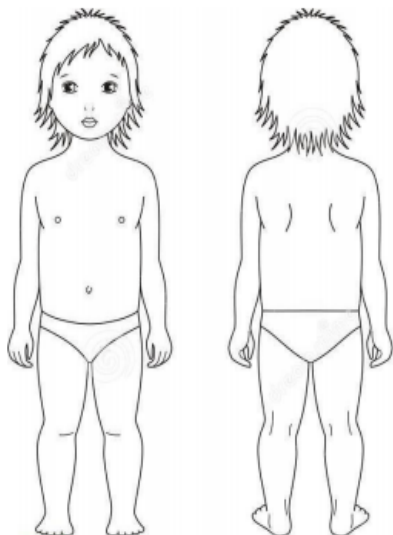
Comment avez-vous choisi la clinique?

Médecin " Chiropraticien " Autre professionnel " Nom : _____

Conjoint(e) " Parenté " Ami/collègue de travail " Autre " Nom : _____

Annuaire quartier " Annuaire Pages Jaunes " Pages Jaunes sur internet " Google " Site web " Facebook "

S'il y a lieu, indiquez la ou les zones douloureuses.



Quel est le motif de consultation principal?

Depuis combien de temps? _____

Comment est survenu ce problème?

Graduellement " Subitement " Accident " Chute " Je ne sais pas "

Quelle est la fréquence des symptômes?

Constant " In term itten't _____ jours/sem. Récurrent "

Les douleurs sont pires:

le jour " le soir " la nuit "

Après les boires/repas " pas de variations dans la journée "

Avez-vous consulté quelqu'un d'autre pour cette condition?

Non " Oui " Précisez : _____

Problème durant la grossesse ou à la naissance? Oui " Non "

Si oui, précisez : _____

Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de :

- | | |
|---|------------------------------|
| .. Maladie infantile (roséole, rougeole etc.) | .. Problème sanguin |
| .. Fièvre / Frissons | .. Fracture |
| .. Infections fréquentes | .. Entorse |
| .. Otites | .. Tendinites/ bursites Moux |
| .. Asthme | .. de dos |
| .. Allergies saisonnières | .. Arthrite juvénile |
| .. Allergies / intolérances alimentaires | .. Moux de tête / migraines |
| .. Constipation | .. Troubles du sommeil |
| .. Diarrhée | .. Fatigue |
| .. Diabète | .. Anxiété |
| .. Énurésie (pipi au lit) | .. Hyperactivité (TDAH) |
| Problème cardiaque | .. Cancer |

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? Oui " Non " **A-t-il déjà été hospitalisé?** Oui " Non "

Si oui, précisez : _____

Antécédents familiaux : _____

Historique de traumatismes:

- Chutes : Non " Oui Si oui, précisez : _____
- Accident de voiture : Non " Oui " Si oui, précisez : _____

Votre enfant prend-il des médicaments, des produits naturels ou des suppléments? Non " Oui "

Si oui, précisez : _____

Sommeil : _____ heures/nuît Positions de sommeil : Dos " Côté " Ventre "

Activité physique : " régulier _____ heures/sem. " occasionnel " sédentaire

Quels sont les sport(s) pratiqué(s) : _____

Temps d'écran (console de jeux, Ipad, ordinateur etc.) : _____ heures / jour

Habitudes posturales :

Comment qualifiez-vous les habitudes posturales de votre enfant? " bonnes " place à l'amélioration " mauvaises
Avez-vous remarqué des anomalies au niveau de la posture de votre enfant (épaule plus basse, inclinaison du bassin, omoplate proéminente etc.) Non " Oui " Si oui, précisez : _____

Je déclare avoir rempli ce questionnaire au meilleur de mes connaissances.

Signature du parent : _____ Date : _____