

357, rue Papineau, Joliette, (Québec) J6E 2L1, 450-759-1611 poste 2

Renseignements personnels

Nom : _____ **Date de naissance :** _____ **Âge :** _____
Prénom : _____ **Rang dans la famille:** _____ **e de** _____
Adresse : _____ **Nom des parents:** _____
Ville : _____ **Code Postal :** _____ **Numéro d'assurance Maladie :** _____
Courriel : _____ **Vit avec :** Deux Maman Papa Alterne Autre
Téléphone : _____ **Cell :** _____ **Référé par :** Pages jaunes site web autre
Confirmation : Courriel Texto Ami, son nom : _____

Motif de la consultation

Descrives brièvement la préoccupation de santé principale que vous souhaitez améliorer.

Depuis quand et comment c'est arrivé? _____

Objectifs visés par la consultation d'aujourd'hui:

Soulagement des symptômes
 Régler la cause des symptômes
 Accéder à une santé optimale pour la vie

Développement (histoire/APGAR/Alimentation/Sommeil/Élément de stress)

Naissance

Hôpital Maison de naissance Maison Médecin/Obstétricien Sage-Femme

Durée de la grossesse: _____ sem. Durée de l'accouchement : _____

Poids du bébé à la naissance : _____ Grandeur : _____

Besoin d'assistance à l'accouchement : Oui / Non Si oui Forceps Ventouse Césarienne Pitocin

Médicament injecté à la mère lors de l'accouchement Oui Non Si oui Quoi? _____

Est-ce que c'était un accouchement normal : Oui Non Si oui lesquels? _____

Position du bébé lors de la naissance? : Tête Pied Autre : _____

APGA à la naissance ___/10 et après 5 minute ___/10 Ne sait pas

Développement de Naissance

Est-ce que le bébé était alerte et réactif dans les 12 heures suivant l'accouchement? Oui Non

L'enfant a-t-il des retards apparents? _____

L'enfant a-t-il des retards suspects? _____

Comment l'enfant dort-il? Ventre Dos Côté droit Côté gauche 2 Côtés Incliné

Descrives tout problème/maladie qui est présent du côté du père et de la mère?

Est-ce que les frères et/ou sœurs présentent des problèmes de santé. oui non Si oui, lesquels?

Facteurs de stress chimiques

Durant la grossesse, est-ce que la mère : Fumait oui non Prise d'alcool oui non

Prise de caféine oui non

Prise de médicament/supplément oui non Si oui lesquels _____

La mère a été malade oui explication _____ non

La mère a eu un ultrason oui Combien : _____ non

A reçu des procédures invasives oui non

Est-ce que la mère s'est entraînée? oui non Détail : _____

Est-ce que l'enfant est allaité? oui non Prend bien le sein des deux côtés oui non

À quel âge : Introduction au lait en poudre _____ Marque? _____

Lait de vache _____ Aliment solide _____

Est-ce que votre enfant a reçu des vaccins oui non Horaire MD Autre horaire

Est-ce que votre enfant a réagi aux vaccins? oui non

Est-ce que votre enfant a eu des antibiotiques oui non Si oui lesquels et pourquoi?

Animaux domestiques oui non Fumeur à la maison oui non

Maladies infantiles oui non _____

Facteurs de stress psychologique

Problème avec l'allaitement oui non Détail : _____

Problème de connection avec l'enfant oui non Détail : _____

Télévision / électronique ___heure/jour

Problème de comportement oui non Si oui Détail : _____

Est-ce que l'enfant a des troubles de sommeil? oui non Détail : _____

Facteurs de stress Traumatique

Traumatisme lors de l'accouchement Bleu tête déformée Rester coincé dans le canal accouchement trop rapide ou trop long détresse respiratoire Corde autour du cou autre _____

Accident ou chute lors de la grossesse oui non Détail : _____

Est-ce que l'enfant a eu des chutes hors normales depuis la naissance? oui non _____

Est-ce que l'enfant a eu des fractures ou points de suture ? Décrivez ? _____

Hospitalisation oui non Détail/Date : _____

Notre équipe est heureuse d'accueillir votre enfant. Soyez assuré(e) de notre complicité dans cette démarche vers la santé. Aujourd'hui, un examen physique sera effectué et des radiographies pourront être prises sur place. Lors de son prochain rendez-vous, un rapport des résultats d'examen vous permettra de prendre une décision éclairée concernant la santé de votre enfant.

J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer les examens qu'il jugera nécessaires à l'ouverture de mon dossier. Il est possible que certains patients ressentent des courbatures ou une légère aggravation des symptômes suite à l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée, mais il est important de les mentionner au chiropraticien à votre prochaine visite

J'ai pris connaissance des honoraires professionnels et j'en assume la responsabilité. Le paiement est exigé après chaque visite.

Signature du parent : _____

Date : _____