

## Renseignements personnels

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Cell : \_\_\_\_\_  
 Confirmation :  Courriel  Texto

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
 Rang dans la famille: \_\_\_\_\_<sup>e</sup> de \_\_\_\_\_  
 Nom des parents: \_\_\_\_\_  
 Numéro d'assurance Maladie : \_\_\_\_\_  
 Vit Avec :  Deux  Maman  Papa  Alterne  Autre  
 Référé par :  Pages jaunes  site web  autre  
 Ami, son nom : \_\_\_\_\_

## Motif de la consultation

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apparition :  accident  progressif  subitement

Depuis quand et comment c'est arrivé? \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments spécifiquement pour cette

Condition? oui  non  Si oui, le ou lesquels?

\_\_\_\_\_

Autre professionnel consulté pour cette condition :

\_\_\_\_\_

Date de la dernière visite : \_\_\_\_\_

Objectifs visés par la consultation d'aujourd'hui:

Soulagement des symptômes  régler la cause des symptômes  accéder à une santé optimale pour la vie

Quel est le pourcentage du temps que cette préoccupation vous affecte au cours de la journée?

100%  75%  50%  25%

Sévérité de la douleur : \_\_\_\_\_ /10

Est-ce que cette condition :

S'améliore  se détériore  ne change pas

Irradie vers un autre endroit. Si oui, lequel? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nuit-elle à :  École  à la maison  loisirs  sommeil

Est aggravée par :

Debout  assis  couché  marche  sport

## Historique de santé

### Accidents et maladies

L'enfant a-t-il déjà eu un accident de la route ou fait une chute importante? oui  non

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il déjà subi des fractures? oui  non

\_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il déjà subi des chirurgies ? oui  non

\_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il des allergies? oui  non

\_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il un auto-injecteur sur lui? (Épipen) oui  non

L'enfant a-t-il eu des maladies d'enfance? oui  non

\_\_\_\_\_

Combien de fois par année l'enfant souffre-t-il de:

Rhinite \_\_\_\_\_ grippe \_\_\_\_\_

Laryngite \_\_\_\_\_ amygdalite \_\_\_\_\_

Otite \_\_\_\_\_ asthme \_\_\_\_\_

Eczéma \_\_\_\_\_ fièvre \_\_\_\_\_

À quelle fréquence prend-t-il les médicaments suivants:

Antibiotiques \_\_\_\_\_ Tempra \_\_\_\_\_

Pompes \_\_\_\_\_ autres \_\_\_\_\_

Vaccins																																				
<b>N'a pas encore reçu de vaccins</b> <input type="checkbox"/> <b>Est vacciné selon le calendrier médical</b> <input type="checkbox"/> <b>Ne sera pas vacciné</b> <input type="checkbox"/> Réactions: _____																																				
Grossesse et accouchement																																				
Complications pendant la grossesse? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Complications à la naissance? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																			
Durée? (# de semaines) _____	<input type="checkbox"/> Vaginale <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Ventouses <input type="checkbox"/> Pitocin <input type="checkbox"/> Épidurale																																			
Sommeil																																				
<b>Nombre d'heures de sommeil par nuit :</b> _____ <b>Position de sommeil :</b> <input type="checkbox"/> Alterne entre les positions <input type="checkbox"/> dos <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/> côté	<b>Nombre d'heures de sommeil le jour (sieste) :</b> _____ <b>Matelas :</b> <input type="checkbox"/> mousse <input type="checkbox"/> ressort <b>Oreiller :</b> <input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> orthopédique																																			
Alimentation																																				
<b>L'enfant mange :</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">peu</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">moyen</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">beaucoup</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fruits:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Légumes :</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Viande:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Produits céréaliers :</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		peu	moyen	beaucoup	Fruits:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Légumes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viande:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produits céréaliers :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produits laitiers: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eau <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sucre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>															
	peu	moyen	beaucoup																																	
Fruits:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Légumes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Viande:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Produits céréaliers :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Sport et Activité																																				
<b>L'enfant pratique-t-il des sports régulièrement?</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lesquels? _____ <b>L'enfant porte-t-il des orthèses ou talonnettes?</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Quel pied? _____	<b>Passe-temps: nombre d'heures par jour</b> Lecture: _____ Ordinateur: _____ Tablette/iPad: _____ <b>L'enfant porte-t-il un sac à dos?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>																																			
Maladie et/ou trouble																																				
<b>Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous des troubles suivants?</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acidité</td> <td><input type="checkbox"/> Constipation</td> <td><input type="checkbox"/> Épilepsie</td> <td><input type="checkbox"/> Nausées</td> <td><input type="checkbox"/> Raideurs</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acné</td> <td><input type="checkbox"/> Crampes</td> <td><input type="checkbox"/> Engourdissements</td> <td><input type="checkbox"/> Nervosité</td> <td><input type="checkbox"/> Règles anormales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Allergies</td> <td><input type="checkbox"/> Diabète</td> <td><input type="checkbox"/> Gain de poids</td> <td><input type="checkbox"/> Otites</td> <td><input type="checkbox"/> Rhinites</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Amygdalites</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrhée</td> <td><input type="checkbox"/> Incontinence</td> <td><input type="checkbox"/> Perte d'appétit</td> <td><input type="checkbox"/> Sautes d'humeur</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anémie</td> <td><input type="checkbox"/> Eczéma</td> <td><input type="checkbox"/> Irritabilité</td> <td><input type="checkbox"/> Perte de poids</td> <td><input type="checkbox"/> Sinusites</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anxiété</td> <td><input type="checkbox"/> Extrémités froides</td> <td><input type="checkbox"/> Maux de tête</td> <td><input type="checkbox"/> Psoriasis</td> <td><input type="checkbox"/> Tensions</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asthme</td> <td><input type="checkbox"/> Évanouissements</td> <td><input type="checkbox"/> Migraines</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Ulcères</td> </tr> </tbody> </table>		<input type="checkbox"/> Acidité	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/> Raideurs	<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Crampes	<input type="checkbox"/> Engourdissements	<input type="checkbox"/> Nervosité	<input type="checkbox"/> Règles anormales	<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Gain de poids	<input type="checkbox"/> Otites	<input type="checkbox"/> Rhinites	<input type="checkbox"/> Amygdalites	<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Sautes d'humeur	<input type="checkbox"/> Anémie	<input type="checkbox"/> Eczéma	<input type="checkbox"/> Irritabilité	<input type="checkbox"/> Perte de poids	<input type="checkbox"/> Sinusites	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Extrémités froides	<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Tensions	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Évanouissements	<input type="checkbox"/> Migraines		<input type="checkbox"/> Ulcères
<input type="checkbox"/> Acidité	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/> Raideurs																																
<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Crampes	<input type="checkbox"/> Engourdissements	<input type="checkbox"/> Nervosité	<input type="checkbox"/> Règles anormales																																
<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Gain de poids	<input type="checkbox"/> Otites	<input type="checkbox"/> Rhinites																																
<input type="checkbox"/> Amygdalites	<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Sautes d'humeur																																
<input type="checkbox"/> Anémie	<input type="checkbox"/> Eczéma	<input type="checkbox"/> Irritabilité	<input type="checkbox"/> Perte de poids	<input type="checkbox"/> Sinusites																																
<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Extrémités froides	<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Tensions																																
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Évanouissements	<input type="checkbox"/> Migraines		<input type="checkbox"/> Ulcères																																

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 :** \_\_\_\_\_