

Formulaire nouveau patient enfant

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance (Jj / Mm / Aa) : _____

Nom des parents : _____

Adresse : _____

Tél. (maison) : _____

Tél. (travail) : _____

Cellulaire- Pagette : _____

Courriel : _____

Comment avez-vous entendu parler de la Chiro-Clinique Valleyfield?

Professionnel (précisez svp) _____

Patient à la clinique (précisez svp) _____

Journal local

Annuaire pratique (web ou papier?)

Pages jaunes (web ou papier?)

Publicité postale

Autre (précisez svp) _____

Votre enfant a-t-il déjà consulté un chiropraticien ? Oui Non

Si oui, à quand remonte sa dernière visite ? _____

MOTIF DE CONSULTATION

SVP Indiquez quelle est la raison de votre visite à la clinique

Je consulte par prévention, mon enfant n'a aucun symptôme

Mon enfant souffre de : _____

Nom : _____

Date de naissance : _____



HISTORIQUE DE SANTÉ

Y a-t-il eu des complications pendant la grossesse? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Y a-t-il eu des interventions lors de l'accouchement? Oui Non

Si oui, cochez : ___ épidurale ___ forceps ___ ventouses ___ césarienne

Autres interventions : _____

Y a-t-il eu des complications pendant l'accouchement? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Votre enfant est né :

_____ À terme _____ Prématuré _____ Post-terme

Poids du bébé à la naissance : _____

Grandeur du bébé à la naissance : _____

Au cours de sa vie, votre enfant a-t-il déjà subi des accidents, chutes ou traumatismes?

SVP Notez tous les accidents même s'ils vous semblent mineurs.

Accidents

Dates

Au cours de sa vie, votre enfant a-t-il subi des opérations ou hospitalisations?

Opérations / Hospitalisations

Dates

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic pour une maladie ou une condition particulière?

Votre enfant prend-il des médicaments (prescription OU vente libre), des suppléments ou produits naturels?

Médicaments ou autres produits

Doses

Nom : _____

Date de naissance : _____



Histoire familiale

Y a-t-il des maladies ou conditions connues au sein de votre famille? Lesquelles?

Qui est le pédiatre de votre enfant? _____

Nous donnez-vous la permission de contacter, au besoin, le pédiatre de votre enfant afin de faire un suivi conjoint de son dossier de santé? Oui Non

Si oui, SVP veuillez apposer vos initiales ici : _____

HABITUDES DE VIE

Allaitement

Votre enfant a-t-il été allaité (ou est-il encore allaité)? Oui Non

Si oui, jusqu'à quel âge? _____

Si vous avez offert du lait maternisé à votre enfant, lequel? _____

Introduction des aliments

À quel âge avez-vous introduit les premiers aliments solides? _____

Dans quel ordre avez-vous introduits les aliments? _____

Votre enfant a-t-il réagit négativement à des aliments? Oui Non

Si oui, lesquels? _____

Vaccination

Avez-vous choisi de faire vacciner votre enfant? Oui Non

Si oui, quels vaccins avez-vous choisi d'offrir à votre enfant?

_____ Tous les vaccins du carnet de vaccination juvénile du Québec

_____ Seulement certains vaccins du carnet de vaccination juvénile du Québec

Précisez : _____

_____ Autres vaccins

Précisez : _____

Votre enfant a-t-il réagit négativement à un vaccin? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Environnement

Votre enfant est-il exposé à la fumée secondaire ?

_____ Jamais

_____ Rarement

_____ Souvent

Habitudes de sommeil

_____ heures de sommeil par nuit

Position de sommeil : Dos Ventre Côté droit Côté gauche

Sommeil récupérateur : Oui Non

Nom : _____

Date de naissance : _____

Nom : _____

Date de naissance : _____



La chiropratique est une approche globale qui prend en considération tous les aspects de la santé. Les bienfaits de la chiropratique s'étendent à tous les systèmes du corps humain et un déséquilibre au niveau du système nerveux peut se dévoiler sous plusieurs formes. Il est donc important pour nous de connaître l'état actuel de santé de votre enfant afin de lui offrir une expérience des plus positives en chiropratique.

Notez si votre enfant ressent les symptômes suivants :

Jamais (J) ; Parfois (P) ; Souvent (S)

J P S

Système respiratoire

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Asthme
Essoufflement
Toux productive (grasse)
Toux sèche
Difficulté à respirer

Système urinaire

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Énurésie (pipi au lit) 3 + ans
Infections urinaires

Système digestif

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Coliques
Troubles de tétée
Gaz
Constipation
Diarrhée
Reflux gastro-oesophagien
Vomissements
Sang dans les selles

Système cardio-vasculaire

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Souffle au coeur
Arythmie
Mains et pieds froids
Autre anomalie cardiaque

Système nerveux

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Retard de développement
Troubles d'apprentissage
Troubles de la concentration
Anxiété et nervosité
Insomnie

J P S

Yeux, Nez, Bouche, Oreilles

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otite / Douleur à l'oreille
Troubles d'audition
Congestion nasale
Écoulement nasal
Saignement nasal
Sinusite
Maux de gorge
Troubles de vision
Larmoiement

Peau

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eczéma
Psoriasis
Sécheresse
Rougeur ou décoloration
Sudation excessive

Système articulaire

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déformations articulaires
Douleurs articulaires
Raideurs articulaires
Arthrite juvénile

Système musculaire

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tensions musculaires
Faiblesses musculaires
Douleurs musculaire