



457 route 105, unité 2
 Chelsea (QC)
 J9B 1L2
 (819) 827-4499
 www.chelseachiro.com

Formulaire pour les nouveaux Petits

Date:

Avant de commencer, nous aimerions savoir à qui nous devons un immense MERCI! pour t'avoir référé à nous

S'il-te-plaît, remplis toutes les questions au mieux de tes connaissances. Maman et/ou Papa peuvent t'aider. Ne t'en fais pas, ces questions seront révisées avec toi par Dre Martine.

N'écris pas à l'intérieur des rectangles blancs. Merci!

Informations personnelles (*complètes à l'encre s'il-te-plaît*)

Nom de famille:

Prénom:

Nom de la mère:

Nom du père:

Adresse:

Ville:

Code postal:

Téléphone Résidence:

Téléphone au travail des parents:

Peut-on laisser un message à ces numéros?

Courriel à toi, sinon celui de tes parents:

Date de naissance:

As-tu un pédiatre?

Si oui, quel est son nom?

Tu es en quelle année?

À quelle école?

Quels sont les noms de tes frères ou de tes soeurs et leurs âges?



Histoire actuelle

Quelle est la raison principale pour laquelle tu viens nous voir aujourd'hui ?



As-tu consulté un (e) autre spécialiste pour la même raison qui t'amène ici? Oui Non

Si oui, qui?

Quand?

Et comment ça a été?

As-tu déjà reçu des soins chiropratiques? Oui Non

Si oui, qui était ton (ta) chiropraticien (ne)?

Date du dernier ajustement:

Qu'as-tu le plus aimé de ces soins?

Qu'as-tu le moins aimé de ces soins?

Objectifs secondaires

Y a-t-il d'autres raisons pour lesquelles nous pourrions t'être utiles et que tu aimerais que nous regardions avec toi éventuellement?

Histoire de vie

Combien de temps a duré ta grossesse?

Es-tu né à

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> La maison | <input type="checkbox"/> L'hôpital |
| <input type="checkbox"/> La maison des naissances | <input type="checkbox"/> Autres, où ça |

Combien de temps a duré ton accouchement, depuis le début du travail?

As-tu été victime de traumatismes à la naissance tels

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Induction (travail provoqué) | <input type="checkbox"/> Césarienne | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Péridurale/épidurale/anesthésia | <input type="checkbox"/> Forceps ou ventouse | |

Poids à la naissance:

Grandeur à la naissance:

APGAR à la naissance:

Poids actuel:

Grandeur actuelle:

Peu après ta naissance, as-tu présenté une jaunisse une cyanose (bleu)?

As-tu une ou des anomalies congénitales? Oui / Non Lesquelles: _____

As-tu été allaité (ou l'es-tu encore)? Oui Non

Si oui, pendant combien de temps l'as-tu été?

Si non, quel type de lait as-tu bu?

À quel âge as-tu commencé à:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Manger? | Et quel aliment as-tu mangé en premier? |
| <input checked="" type="checkbox"/> T'asseoir seul? | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ramper? | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Marcher à quatre pattes? | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Te tenir debout sur deux pieds? | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Marcher debout? | |

As-tu reçu les vaccins de routine? Oui Non

As-tu souffert de réactions adverses aux vaccins? Oui Non

Si oui, décrire brièvement:



As-tu déjà...

- Été opéré? Oui / Non Si oui, quand et pourquoi? _____
 - Été victime de chutes, de collisions automobiles ou de blessures? Oui / Non
 - Si oui, quand et décrire brièvement:
 - Subi des fractures ou des pertes de conscience? Oui / Non
 - Si oui, quand et décrire brièvement:
 - Été hospitalisé? Oui / Non Si oui, quand et pourquoi? _____
-

Antécédents familiaux

Est-ce que ton père et ta mère sont en bonne santé? Oui Non

- Si Non, spécifies brièvement:

Si tu as des frères et des soeurs, sont-ils en bonne santé? Oui Non

- Si Non, spécifies brièvement:
-

Style de vie

Prends-tu des médicaments (drogues) ? Oui Non

Si oui, lesquels?

Depuis quand et à quelle dose?

Prends-tu des suppléments, incluant les vitamines? Oui Non

Si oui, lesquels?

Depuis quand et à quelle dose?

Prends-tu des boissons gazeuses? Oui Non

Si oui, combien?

Selon toi, bois-tu suffisamment d'eau? Oui Non Je ne sais pas

Combien de verres d'eau bois-tu par jour?

Fais-tu de l'exercice régulièrement? Oui Non

Si oui, quoi?

Combien de fois par jour ou par semaine?



Combien d'heures de sommeil dors-tu par nuit?

Fais-tu des siestes dans la journée? Oui Non

Considères-tu ton sommeil comme récupérateur? Oui Non

Considères-tu ton alimentation comme bonne? Oui Non

Quel groupe alimentaire manges-tu le plus en une journée?

Quel groupe alimentaire manges-tu le moins en une journée?

Combien de portions de lait de vache prends-tu par jour?

Combien de sucreries, incluant les desserts prends-tu par jour?

Manges-tu souvent...

- des plats cuisinés à la maison des repas au restaurant
 des plats préparés d'avance au magasin?



Qu'est-ce que tu aimes le plus faire?



Revue des systèmes

Souffres-tu de difficultés au niveau...

- Des yeux – infections récurrentes, strabisme, myopie, presbytie, etc.
 Des oreilles – otites, problèmes d'audition, entendre des bruits constants, etc.
 Du nez ou des sinus – congestion, rhumes fréquents, sinusites à répétition, allergies, etc.
 De la bouche ou de la gorge – abcès, maux de gorge fréquents, etc.

- De la digestion – coliques, reflux acides, difficulté à digérer certains aliments, allergies...
 De l'élimination – diarrhée/constipation fréquente, pipi au lit, douleur lors de pipi, etc.

- Des poumons et de la respiration – difficulté à respirer, bronchite chronique, asthme, etc.
 Du coeur – problèmes cardiaques, sensation de pression au niveau de la poitrine, etc.

- Du système nerveux ou vasculaire – maux de tête, migraines, étourdissements, évanouissements, tremblements, engourdissements, perte de mémoire, etc.
- De la peau – irritations fréquentes, boutons/plaques inhabituelles, psoriasis, eczéma, etc.
- Du système osseux et articulaire – douleur aux articulations, douleurs de croissance, etc.

- De la santé émotionnelle – face à la maison, à l'école, aux amis, à ton rôle de frère ou de sœur, à la perte d'un proche, etc.
- De la santé psychologique – Dépression, irritabilité, fatigue, nervosité, hyperactivité, etc.

Attentes

Quelles sont tes attentes en venant ici ?



Désires-tu recevoir des soins...

- Symptomatiques de rapiéçage (“patch”), seulement pour diminuer la douleur
- Pour restaurer ta santé
- Pour maintenir ta santé
- Pour augmenter ton niveau de bien-être (mieux-être)

La Santé et la Qualité de vie sont parmi les biens les plus précieux dans ce monde – TA SANTÉ ET CELLE DE TA FAMILLE. La Chiropratique est là pour Toi. Les ajustements vont t'aider à exprimer ton plein potentiel de vie et à mieux grandir. Lorsque tu reçois un ajustement chiropratique, le travail ne fait que commencer. Dans les heures et les jours suivants ton ajustement, ton Intelligence Innée continuera à travailler en utilisant les informations reçues lors de l'ajustement afin de t'améliorer et que ton plein pouvoir de guérison soit relâché. À la Maison Chiropratique Petits et Grands, nous ne traitons aucune condition ni maladie. Nous ajustons des personnes et le corps décide, grâce à son Intelligence Innée, ce qui doit être fait, et ce qui peut encore être fait. Nous travaillons donc en harmonie avec ta sagesse intérieure. Cependant, cette démarche implique que toi aussi tu reprennes le contrôle de ta vie et de ta santé, et que tu acceptes de t'investir à assister ton “Docteur à l'Intérieur de Toi”. Tu es un super héros en-dedans!

Je reconnais que les renseignements fournis sont exacts au mieux de mes connaissances et je consens à recevoir les examens nécessaires pour évaluer ma condition.

Signature du parent

Date