

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

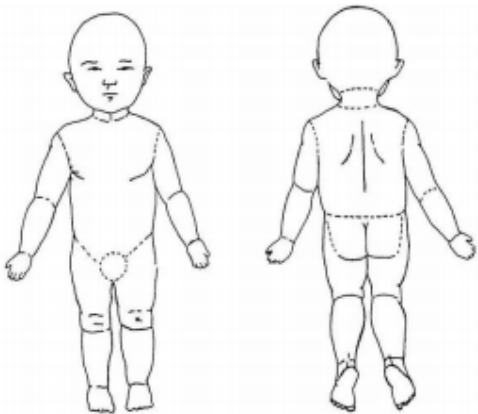
Comment avez-vous choisi la clinique?

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  Intermittent  \_\_\_\_\_ 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 : \_\_\_\_\_

## Grossesse et naissance

Problème durant la grossesse? Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

## Accouchement :

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> À terme     | <input type="checkbox"/> Vaginale      | <input type="checkbox"/> Épidural            |
| <input type="checkbox"/> Prématuré   | <input type="checkbox"/> Césarienne    | <input type="checkbox"/> Siège               |
| <input type="checkbox"/> Après terme | <input type="checkbox"/> Déclenchement | <input type="checkbox"/> Forceps / Ventouses |

Durée du travail : \_\_\_\_\_ Durée de la poussée : \_\_\_\_\_ APGAR : \_\_\_\_\_

Poids à la naissance : \_\_\_\_\_ Taille à la naissance : \_\_\_\_\_

Nutrition de votre enfant?  Lait maternisé  Allaitement - durée : \_\_\_\_\_

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

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Roséole               | <input type="checkbox"/> Otites                        | <input type="checkbox"/> Fracture / entorse    |
| <input type="checkbox"/> Rougeole              | <input type="checkbox"/> Coliques                      | <input type="checkbox"/> Torticolis congénital |
| <input type="checkbox"/> Rubéole               | <input type="checkbox"/> Régurgitations / vomissements | <input type="checkbox"/> Plagiocéphalie        |
| <input type="checkbox"/> Scarlatine            | <input type="checkbox"/> Reflux gastriques             | <input type="checkbox"/> Maux de dos           |
| <input type="checkbox"/> Oreillons             | <input type="checkbox"/> Gaz / Ballonnements           | <input type="checkbox"/> Maux de tête          |
| <input type="checkbox"/> Varicelle             | <input type="checkbox"/> Constipation / Diarrhée       | <input type="checkbox"/> Anxiété               |
| <input type="checkbox"/> Fièvre / Frissons     | <input type="checkbox"/> Diabète                       | <input type="checkbox"/> Hyperactivité (TDAH)  |
| <input type="checkbox"/> Infections fréquentes | <input type="checkbox"/> Asthme / Allergies            | <input type="checkbox"/> 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? Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Sommeil : \_\_\_\_\_ heures/nuit Positions de sommeil : Dos  Côté  Ventre

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

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_