

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 : _____

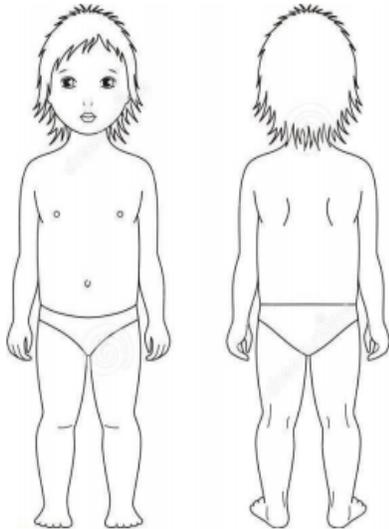
Comment avez-vous choisi la clinique?

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 : _____

Problème durant la grossesse ou à la naissance? Oui Non

Si oui, précisez : _____

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie infantile (roséole, rougeole etc.) | <input type="checkbox"/> Problème sanguin |
| <input type="checkbox"/> Fièvre / Frissons | <input type="checkbox"/> Fracture |
| <input type="checkbox"/> Infections fréquentes | <input type="checkbox"/> Entorse |
| <input type="checkbox"/> Otites | <input type="checkbox"/> Tendinites/ bursites |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maux de dos |
| <input type="checkbox"/> Allergies saisonnières | <input type="checkbox"/> Arthrite juvénile |
| <input type="checkbox"/> Allergies / intolérances alimentaires | <input type="checkbox"/> Maux de tête / migraines |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Fatigue |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Anxiété |
| <input type="checkbox"/> Énurésie (pipi au lit) | <input type="checkbox"/> Hyperactivité (TDAH) |
| <input type="checkbox"/> Problème cardiaque | <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? Non Oui

Si oui, précisez : _____

Sommeil : _____ heures/nuit Positions de sommeil : Dos Côté Ventre

Activité physique : régulier _____ heures/sem. occasionnel sédentaire

Quels sont les sport(s) pratiqué(s) : _____

Temps d'écran (console de jeux, lpad, ordinateur etc.) : _____ heures / jour

Habitudes posturales :

Comment qualifiez-vous les habitudes posturales de votre enfant? bonnes place à l'amélioration mauvaises

Avez-vous remarqué des anomalies au niveau de la posture de votre enfant (épaule plus basse, inclinaison du bassin, omoplate proéminente etc.) Non Oui Si oui, précisez : _____

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

Signature du parent : _____ Date : _____