



Bienvenue au Centre du mieux-être optimal

Formulaire de demande
de soins chiropratiques

Pédiatrie



Date ____/____/____ Nom du patient _____

Comment préférez-vous que l'enfant soit appelé? _____

Nom du parent / tuteur _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____

Courriel _____

Téléphones :

Maison _____

Travail _____ poste _____

Cellulaire _____

Date de naissance de l'enfant ____/____/____

Âge _____ Sexe _____

L'enfant a-t-il déjà reçu des soins chiropratiques? oui non

Date de la dernière visite : ____/____/____

Comment avez-vous entendu parler de notre centre ?

parent ami(e) courrier Internet

pages jaunes autre : _____

Cochez les raisons qui vous incitent à recevoir des soins de mieux-être pour votre enfant

- Il(elle) continue le soin d'un autre chiropraticien
- Je suis préoccupé(e) par sa santé et je recherche des réponses
- Il(elle) a un problème spécifique qui m'inquiète
Expliquez les conditions et/ou les symptômes :
- Je veux améliorer le système immunitaire de mon enfant
- J'ai récemment reçu des soins chiropratiques et je reconnais l'importance de faire vérifier mon enfant
- Je n'ai pas d'idée pourquoi je suis ici. S.V.P., prenez le temps de m'expliquer ce que vous pouvez faire pour les enfants.

Afin que nous puissions mieux comprendre l'état de santé actuel de votre enfant, veuillez cocher le ou les signaux corporel(s) que votre enfant a ou a eus :

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accident de voiture | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Hyperactivité | <input type="checkbox"/> Roséole |
| <input type="checkbox"/> ADD-ADHD | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Infection aux oreilles | <input type="checkbox"/> Rougeole |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Douleur articulaire | <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Rubéole |
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Douleur au cou | <input type="checkbox"/> Névrite | <input type="checkbox"/> Scoliose |
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Douleur au dos | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Somnolence |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Douleur de croissance | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Trouble cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Autisme | <input type="checkbox"/> Énurésie (pipi au lit) | <input type="checkbox"/> Paralysie | <input type="checkbox"/> Trouble de comportement |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Étourdissement | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Trouble de la marche |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Évanouissement | <input type="checkbox"/> Problème aux bras | <input type="checkbox"/> Trouble de sinus |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale | <input type="checkbox"/> Problème aux jambes | <input type="checkbox"/> Trouble digestif |
| <input type="checkbox"/> Crampe musculaire | <input type="checkbox"/> Fracture d'os | <input type="checkbox"/> Problème orthopédique | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Déséquilibre postural | <input type="checkbox"/> Hernie discale | <input type="checkbox"/> Rhume/grippe | <input type="checkbox"/> Varicelle |

Énumérer les médicaments actuellement pris (ordonnance ou vente libre) :

Nombre de prescriptions d'antibiotiques pris durant :

- les six derniers mois _____ - depuis le début de sa vie _____

Allergies _____

Y a-t-il des fumeurs à la maison? oui non

Y a-t-il des animaux à la maison? oui non

Votre enfant a-t-il été vacciné? oui non

Si oui, quels vaccins a-t-il reçus: _____

Histoire prénatale

Adoption ? oui non Nombre de semaines de gestation : _____

Complications durant la grossesse ? oui non

Si oui, lesquelles : _____

La mère a-t-elle souffert de : diabète de grossesse pré-éclampsie éclampsie

Y a-t-il eu des procédures invasives ? (ex : amniocentèse) : oui non

Si oui, lesquelles : _____

Ultrasons durant la grossesse ? oui non Cigarettes/alcool durant la grossesse ? oui non

Médications/drogues/caféine durant la grossesse ? oui non Si oui, lesquelles : _____

La mère a-t-elle été suivie par : sage-femme médecin

Naissance et accouchement

Endroit de la naissance : maison centre de naissance hôpital

Intervention à la naissance : accouchement naturel césarienne provoqué

Si provoqué, spécifiez la méthode utilisée : _____

Y a-t-il eu des complications durant l'accouchement ? oui non

Si oui, expliquez : _____

Présentation du bébé : tête visage siège autre _____

Maladie génétique ou handicap ? oui non Si oui, laquelle, lequel ? : _____

A-t-il (elle) été nourri(e) au sein ? oui non. Si oui combien de temps _____

Allergies connues ou intolérance à la nourriture ? oui non

Y a-t-il eu des médicaments donnés à l'enfant ? oui non Si oui lesquels : _____

Approximativement 50% des enfants tombent tête première d'un endroit élevé durant leur première année de vie (lit, table à langer, escaliers, etc.) Est-ce que c'est arrivé à votre enfant ? oui non

Si oui, précisez : _____

Est-ce que votre enfant a fait ou fait des sports violents comme : soccer, football, gymnastique, hockey, baseball, arts martiaux ? oui non

Si oui, lesquels? : _____

Est-ce que votre enfant a déjà été vu en urgence ? oui non Si oui, pour quelle raison : _____

Est-ce que votre enfant a déjà subi une ou des opérations ? oui non

Si oui, spécifiez : _____

Il est important pour nous d'avoir les mêmes objectifs que nos patients en regard de la santé et du mieux-être qui inclut les soins chiropratiques. Peu importe le nom d'une condition ou d'une maladie, nous n'offrons pas de la traiter. Notre seul objectif de pratique est de rétablir l'équilibre du corps humain et ce, en enlevant les intoxications et en comblant les carences découlant de nos habitudes de vie. Notre seule méthode est de procéder à des ajustements précis pour corriger les subluxations vertébrales. Nous savons que le corps s'autoguérit et notre but est de maximiser sa capacité de guérison en lui fournissant ce dont il a besoin sans recourir aux médicaments ni à la chirurgie.

Signature

Date

