

Questionnaire de santé

Bienvenue à La Vie Chiropratique! Ce formulaire nous est d'une grande utilité. Nous vous invitons à prendre le temps de le compléter de votre mieux. Merci.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Prénom : _____	Naissance : Jr _____ / mois _____ / an _____	Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nom : _____	Âge : _____	Poids : _____ Taille : _____
Adresse : _____	Nombre de frères et sœurs : _____	Rang de l'enfant : _____
Ville : _____	Nom de la mère : _____	
Code postal : _____	Nom du père : _____	
Tél. (rés.) : _____	État civil des parents: Mariés/Conj.de fait <input type="checkbox"/> Divorcés/Séparés <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	
Tél. (trav.) : _____	Médecin de famille : _____	
Cellulaire : _____	Je préfère être contacté par Texto <input type="checkbox"/> ou Courriel <input type="checkbox"/>	
Courriel : _____	Je désire recevoir l'information de La Vie Chiropratique par courriel <input type="checkbox"/>	

1- La majorité des gens qui nous consultent ont été référés par l'un de nos patients. Qui doit-on remercier? _____

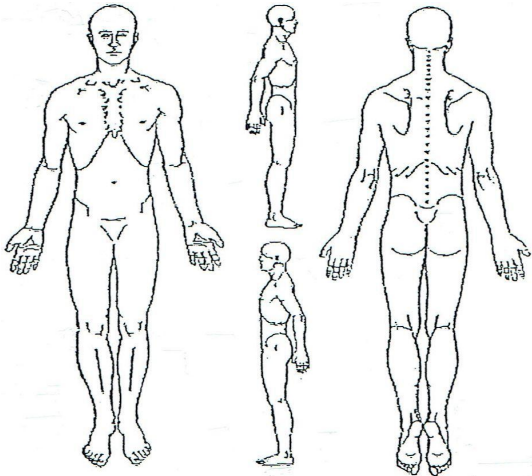
2- Publicité : Site web ___ Journal ___ Facebook ___ Internet ___ Kiosque ___ Publipostage ___ Autre : _____

3- La raison de la consultation : Préoccupation de santé Prévention (Veuillez passer au verso du questionnaire)

4- Avez-vous déjà consulté en chiropratique? Oui Non Les résultats étaient : satisfaisants moyens décevants

Nom du chiropraticien/chiropraticienne : _____

RAISON DE LA CONSULTATION

Identifiez sur les schémas les zones de préoccupations	Décrivez, on ordre de priorité, les préoccupations de votre enfant
	1. Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> Depuis quand?
	2. Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> Depuis quand?
	3. Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> Depuis quand?
	4. Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> Depuis quand?

Avez-vous déjà consulté pour un des motifs inscrits? Non <input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Massothérapeute <input type="checkbox"/> Naturopathe <input type="checkbox"/> Ostéopathe <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>	Comment évolue(nt) la(les) préoccupation(s) de santé? 1- s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/> 2- s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/> 3- s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/> 4- s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/>
Sa préoccupation de santé principale (1) l'affecte : 100% du temps <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> - de 25% <input type="checkbox"/>	Cette(ces) préoccupation(s) détériore(nt) sa qualité de vie : à l'école <input type="checkbox"/> à la maison <input type="checkbox"/> loisirs <input type="checkbox"/> sommeil <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>

HISTOIRE DE LA NAISSANCE

Votre enfant est né : Prématuré • Si oui, à combien de semaine ? _____ À terme • Post-terme •	Votre enfant est né par : Voie vaginale • Césarienne • Accouchement provoqué • Ventouses • Forceps • Épidurale •
--	--

HISTOIRE MÉDICALE

Est-ce que votre enfant prend des médicaments?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> :
Est-ce que votre enfant prend des suppléments nutritionnels sur une base régulière?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> : _____

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Âge de la mère :	Si décédée, cause:
Âge du père :	Si décédé, cause :
Un membre de votre famille souffre-t-il de ...	Maladie cardiaque <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>

HABITUDES DE VIE

Est-ce que votre enfant porte des orthèses plantaires?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> depuis quand : _____
Quelle est sa consommation : (encerclez jour ou sem.)	Eau : /jour Boissons sucrées : /jour ou sem.
Quelle est sa position de sommeil?	dos <input type="checkbox"/> côté <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/>
Combien d'heures dort-il par nuit?	8h+ <input type="checkbox"/> 6-8h <input type="checkbox"/> -de 6h <input type="checkbox"/>
Combien d'heures d'exercice fait-il par jour?	4h+ <input type="checkbox"/> 2-4h <input type="checkbox"/> 1-2h <input type="checkbox"/> -de 1h <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>
Combien d'heures d'écran fait-il par jour?	4h+ <input type="checkbox"/> 2-4h <input type="checkbox"/> 1-2h <input type="checkbox"/> -de 1h <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/>

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Chirurgies passées ?	
Hospitalisations? (inscrire l'année)	

SECTION FÉMININE

<input type="checkbox"/> Abs. de menstruation	<input type="checkbox"/> Crampes au ventre	<input type="checkbox"/> Flux menstruel abondant	Age 1 ^{ères} menstruations
---	--	--	-------------------------------------

REVUE DES SYSTÈMES – Identifiez les symptômes et troubles qui vous sont familiers :

<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Ecchymoses	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Peu d'appétit	<input type="checkbox"/> Tr. système nerveux
<input type="checkbox"/> Angoisse/anxiété	<input type="checkbox"/> Enflure	<input type="checkbox"/> Insomnie	<input type="checkbox"/> Sang dans les selles	<input type="checkbox"/> Tr. visuel ou auditif
<input type="checkbox"/> Arthrite/arthrose	<input type="checkbox"/> Engourdissements	<input type="checkbox"/> Irritabilité	<input type="checkbox"/> Sang dans les urines	<input type="checkbox"/> Tr. cardiaques
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Épilepsie/convulsion	<input type="checkbox"/> Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/> Saignements de nez	<input type="checkbox"/> Tr. circulatoires
<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Étourdissements	<input type="checkbox"/> Maux de dos	<input type="checkbox"/> Sinusites	<input type="checkbox"/> Tr. rénaux

<input type="checkbox"/> Chutes importantes	<input type="checkbox"/> Évanouissements	<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Tr. digestifs	<input type="checkbox"/> Tr. des pieds
<input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Méningite	<input type="checkbox"/> Tr. respiratoires	<input type="checkbox"/> Tremblements
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Fractures	<input type="checkbox"/> Otites à répétition	<input type="checkbox"/> Tr. hormonaux	<input type="checkbox"/> Troubles de poids
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Hypoglycémie	<input type="checkbox"/> Pierres rénales	<input type="checkbox"/> Tr. psychologiques	<input type="checkbox"/> Autres _____

-Les soins chiropratiques, les examens et les radiographies sont payables selon l'entente convenue avec les responsables. Les radiographies ainsi que le dossier appartiennent à la clinique et y demeurent en tout temps.

-J'atteste de la véracité et de l'exactitude des informations inscrites ci-haut et consens à ce que mon enfant subissent les examens nécessaires.

Signature : _____ **Date :** _____