Cliniques La Vie Chiropratique Cap-Rouge (418) 653-0050 Sillery (418) 684-0004 www.laviechiropratique.com

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 ☐ M ☐
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 parents: Mariés/Conj.de fait ☐	Divorcés/Séparés ☐ Veuf(ve) ☐
Tél. (trav.) :	_____	Médecin de famille :	_____
Cellulaire :	_____	Je préfère être contacté par Texto ☐ ou Courriel ☐	
Courriel :	_____	Je désire recevoir l'information de La Vie Chiropratique par courriel ☐	

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

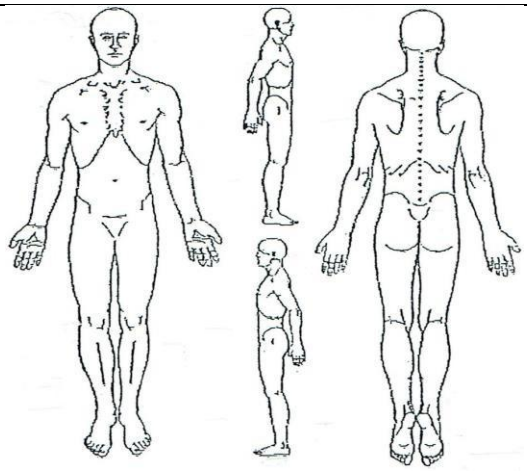
2- Publicité : Site web ___ Journal ___ Facebook ___ Internet ___ Kiosque ___ Publipostage ____ Autre : _____

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

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 ☐ Oui ☐ :
Est-ce que votre enfant prend des suppléments nutritionnels sur une base régulière?	Non ☐ Oui ☐ : _____

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Âge de la mère :	Si décédée, cause:
Âge du père :	Si décédé, cause :
Un membre de votre famille souffre-t-il…	Maladie cardiaque ☐ Diabète ☐ Arthrite ☐ Cancer ☐ Autres ☐

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Chirurgies passées ?	
Hospitalisations? (inscrire l'année)	

HABITUDES DE VIE

Est-ce que votre enfant porte des orthèses plantaires?	Oui ☐ Non ☐ Depuis quand :_____
Quelle est sa consommation : (encerclez jour ou sem.)	Eau : /jour Boissons sucrées : /jour ou sem.
Quelle est sa position de sommeil?	Dos ☐ Côté ☐ Ventre ☐
Combien d'heures dort-il par nuit?	8h+ ☐ 6-8h ☐ -de 6h ☐
Combien d'heures d'exercice fait-il par jour?	4h+ ☐ 2-4h ☐ 1-2h ☐ -1h ☐ jamais ☐
Combien d'heures d'écran fait-il par jour?	4h+ ☐ 2-4h ☐ 1-2h ☐ -1h ☐ jamais ☐

SECTION FÉMININE

☐ Abs. de menstruation	☐ Crampes au ventre	☐ Flux menstruel abondant	Age 1ères menstruations ____

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

☐ Allergies	☐ Ecchymoses	☐ Incontinence urinaire	☐ Peu d'appétit	☐ Tr. système nerveux
☐ Angoisse/anxiété	☐ Enflure	☐ Insomnie	☐ Sang dans les selles	☐ Tr. visuel ou auditif
☐ Arthrite/arthrose	☐ Engourdissements	☐ Irritabilité	☐ Sang dans les urines	☐ Tr. cardiaques
☐ Asthme	☐ Épilepsie/convulsion	☐ Maladie héréditaire	☐ Saignements de nez	☐ Tr. circulatoires
☐ Constipation	☐ Étourdissements	☐ Maux de dos	☐ Sinusites	☐ Tr. rénaux
☐ Chutes importantes	☐ Évanouissements	☐ Maux de tête	☐ Tr. digestifs	☐ Tr. des pieds
☐ Démangeaisons	☐ Fatigue	☐ Méningite	☐ Tr. respiratoires	☐ Tremblements
☐ Diabète	☐ Fractures	☐ Otites à répétition	☐ Tr. hormonaux	☐ Troubles de poids
☐ Diarrhée	☐ Hypoglycémie	☐ Pierres rénales	☐ Tr. psychologiques	☐ Autres _____

-J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer les examens qu'il jugera nécessaires à l'ouverture de mon dossier. Il est possible que certains patients ressentent des courbatures ou une légère aggravation des symptômes suite à l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée, mais il est important de les mentionner au chiropraticien à votre prochaine visite.

Signature : _____ **Date :** _____