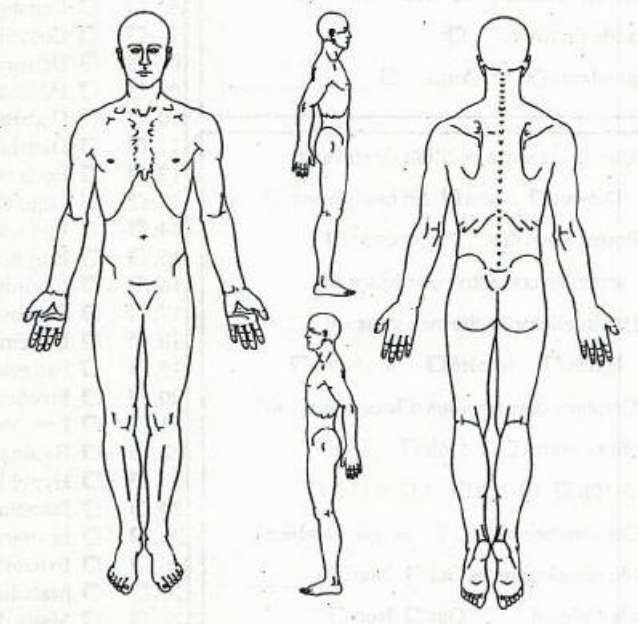


Bienvenue! Ce formulaire nous est d'une grande utilité. Nous vous invitons à prendre le temps de le compléter de votre mieux. Merci.

Prénom : _____ Nom : _____ D.N. : jr _____ /mois _____ /an _____
 Courriel : _____
 Adresse : _____ Ville : _____ C. Postal : _____
 Nom/prénom maman : _____ Tel. maison : _____ Cell/trav. : _____
 Nom/prénom papa : _____ Tel. maison : _____ Cell.trav. : _____
Désirez-vous un rappel de RDV texto? Oui Non no.cell : _____ Cie cell. : _____

-La majorité des gens qui consultent ont été référés par un de nos chers clients. Qui doit-on remercier? _____
 -Raison de la consultation : Préoccupation de santé Prévention Autres
 -À quand remonte votre dernier examen chiropratique? _____ Chiropraticien : _____
 -Avez-vous reçus des soins chiropratiques suite à cette visite? Les résultats étaient : satisfaisants moyens décevants

DESCRIPTION DES SYMPTÔMES RESSENTIS

<p>Identifiez sur les schémas les zones de préoccupation</p> 	<p>Décrivez brièvement les motifs de votre consultation.</p> <p>1.</p> <p>Depuis quand?</p> <p>Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> Progression : s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/> Affecte : travail <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> loisirs <input type="checkbox"/> sommeil <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> Présent : 100% du temps <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> - 25% <input type="checkbox"/> Médication pour ce trouble :</p> <p>2.</p> <p>Depuis quand?</p> <p>Apparition : accident <input type="checkbox"/> progressif <input type="checkbox"/> subitement <input type="checkbox"/> Progression : s'améliore <input type="checkbox"/> se détériore <input type="checkbox"/> ne change pas <input type="checkbox"/> Affecte : travail <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> loisirs <input type="checkbox"/> sommeil <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> Présent : 100% du temps <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> - 25% <input type="checkbox"/> Médication pour ce trouble :</p>
--	--

Plusieurs enfants développent des subluxations vertébrales à la naissance. Le processus de la naissance s'est déroulé :
 Naturel Césarienne Provocation Ventouse/forceps Épidural Bébé position fessier
 Durée du travail : _____ Complications : _____

HISTOIRE DE LA PRÉOCCUPATION DE SANTÉ

1-Personnes dans la famille souffrant des mêmes conditions :	Parents <input type="checkbox"/> Frères/sœurs <input type="checkbox"/>
2-Votre préoccupation de santé principale(1) est pire dans la/les positions :	debout <input type="checkbox"/> assise <input type="checkbox"/> couchée <input type="checkbox"/> autres _____
3-Prenez-vous des médicaments sur une base régulière?	non <input type="checkbox"/> anti-inflammatoires <input type="checkbox"/> relaxants musculaires <input type="checkbox"/> tension artérielle <input type="checkbox"/> antidépresseurs <input type="checkbox"/> glande thyroïde <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> anovulant <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>
4-Avez-vous d'autres préoccupations de santé :	

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

1-Âge de la mère :	Si décédée, cause :
2-Âge du père :	Si décédé, cause :
3-Quelqu'un dans votre famille souffre-t-il d'un ou plusieurs des troubles suivants :	Maladie cardiaque <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Autres :

HABITUDES DE VIE

1-Temps de sommeil/jr :	
2-Qualité du sommeil :	calme <input type="checkbox"/> agité/interrompu <input type="checkbox"/>
3-activité physique/jr :	1h- <input type="checkbox"/> 1-2 h <input type="checkbox"/> 2h+ <input type="checkbox"/>
Pour les bébés	
1-Positions confortables :	dos <input type="checkbox"/> côté <input type="checkbox"/> ventre <input type="checkbox"/>
2-La tête semble tourner de manière égale?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="checkbox"/>
3-La tête semble souvent inclinée du même côté?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="checkbox"/>

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"/> Tremblements	<input type="checkbox"/> Saignements de nez
<input type="checkbox"/> Angoisse	<input type="checkbox"/> Engourdissements	<input type="checkbox"/> Insomnie	<input type="checkbox"/> Troubles des pieds	<input type="checkbox"/> Sang dans les selles
<input type="checkbox"/> Arthrite	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Irritabilité	<input type="checkbox"/> Tr. cardiaques	<input type="checkbox"/> Sang dans l'urine
<input type="checkbox"/> Gaz	<input type="checkbox"/> Étourdissements	<input type="checkbox"/> Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/> Tr. circulatoires	<input type="checkbox"/> Sinusites
<input type="checkbox"/> Basse pression	<input type="checkbox"/> Évanouissements	<input type="checkbox"/> Maux de dos	<input type="checkbox"/> Tr. respiratoires	<input type="checkbox"/> Uriner fréquemment
<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Extrémités froides	<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Tr. de la vue	<input type="checkbox"/> Uriner la nuit
<input type="checkbox"/> Convulsions	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Méningite	<input type="checkbox"/> Tr. digestifs	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> Enflure	<input type="checkbox"/> Troubles rénaux	
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Frissons	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Tr. d'audition	
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Haute pression	<input type="checkbox"/> Trouble de poids	<input type="checkbox"/> Tr. hormonaux	
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Hypoglycémie	<input type="checkbox"/> Pierres rénales	<input type="checkbox"/> Tr. psychologiques	
Section féminine	<input type="checkbox"/> Abs. de menstruation	<input type="checkbox"/> Crampes au ventre	<input type="checkbox"/> Flux menstruel abondant	
<input type="checkbox"/> Pertes vaginales				

-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 subir les examens nécessaires.

Signature : _____ Date : _____