

## Questionnaire de Santé-Pédiatrique (14 ans et -)

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

Prénom : _____	Naissance : Jr ___/mois ___/an ___	Sexe F <input type="checkbox"/> /M <input type="checkbox"/> Autres _____
Nom : _____	Nom Mère : _____	Tél. (rés.) _____
Adresse : _____	Nom Père : _____	Tel. (trav.) : _____
Ville : _____	Autres : _____	Cellulaire : _____
Code Postal : _____		<b>Désirez-vous une confirmation de RDV?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Courriel : _____		<b>Par :</b> courriel <input type="checkbox"/> Message texte <input type="checkbox"/>
		Cie cellulaire : _____

1-La majorité des gens qui consultent ont été référés par un de nos chers clients. Qui doit-on remercier? \_\_\_\_\_

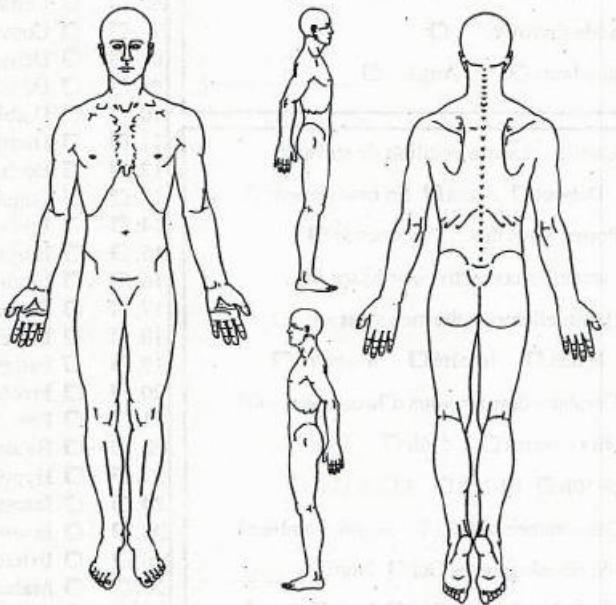
2-Raison de la consultation : Préoccupation de santé  Prévention  Autres

3-À quand remonte votre dernier examen chiropratique? \_\_\_\_\_ Chiropraticien : \_\_\_\_\_

4-Avez-vous reçus des soins chiropratiques suite à cette visite? Les résultats étaient : satisfaisants  moyens  décevants

### DESCRIPTION DES SYMPTÔMES RESSENTIS

Identifiez sur les schémas les zones de préoccupation



Décrivez, en ordre de priorité, les préoccupations de santé que vous souhaitez améliorer.

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?

5- Qui dans votre famille souffre(nt) des mêmes préoccupations de santé? Indiquez le numéro de la préoccupation.

Parents \_\_\_\_\_ Frères/sœurs \_\_\_\_\_ Autres \_\_\_\_\_

**6- 8 enfants sur 10 développent des subluxations à la naissance.** Le processus de la naissance s'est déroulé de cette manière : Naturel  Césarienne  Provocation  Ventouse/Forceps  Épidural/Bloc honteux  Position fessier   
Temps de travail : \_\_\_\_\_ Complications : \_\_\_\_\_

## HISTOIRE DE LA PRÉOCCUPATION DE SANTÉ

1-Avez-vous déjà consulté pour un des motifs inscrits?	Non <input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
2-Comment évolue(nt) votre(vos) préoccupations 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"/>
3-Identifiez la/les préoccupations qui sont déjà survenues :	1 <input type="checkbox"/> an _____ 2 <input type="checkbox"/> an _____ 3 <input type="checkbox"/> an _____ 4 <input type="checkbox"/> an _____
3-Cette(ces) préoccupation(s) détériore(nt) votre 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"/>
4-Votre préoccupation de santé principale(1) vous affecte :	100% du temps <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> moins de 25% <input type="checkbox"/>
5-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 _____
6-Prenez-vous des médicaments pour cette préoccupation? (1)	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> :
7-Prenez-vous des médicaments sur une base régulière?	non <input type="checkbox"/> anti-inflammatoires <input type="checkbox"/> pompes (asthme) <input type="checkbox"/> antibiotiques <input type="checkbox"/> pour troubles digestifs <input type="checkbox"/> Ritalin ou simil. <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> anovulant <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/>

## 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 L'ENFANT

1-Temps de sommeil / jr	
2-Qualité du sommeil	normal <input type="checkbox"/> agité/interrompu <input type="checkbox"/>
3-Niveau d'activité phys.	Norm <input type="checkbox"/> Sup. <input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/>
<b>Pour les bébés</b>	
Positions confortables :	Dos <input type="checkbox"/> Ventre <input type="checkbox"/> Cotés <input type="checkbox"/>
La tête semble-t-elle tourner de manière égale?	Oui / Non / ne sais pas
La tête semble-t-elle toujours tournée/inclinée du même côté	Oui / Non / ne sais pas

## 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"/> Troubles rénaux
<input type="checkbox"/> Angoisse	<input type="checkbox"/> Engourdissements	<input type="checkbox"/> Insomnie	<input type="checkbox"/> Troubles des pieds	<input type="checkbox"/> Saignements de nez
<input type="checkbox"/> Arthrite	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Irritabilité	<input type="checkbox"/> Tr. cardiaques	<input type="checkbox"/> Sang dans les selles
<input type="checkbox"/> Gaz	<input type="checkbox"/> Étourdissements	<input type="checkbox"/> Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/> Tr. circulatoires	<input type="checkbox"/> Sang dans l'urine
<input type="checkbox"/> Basse pression	<input type="checkbox"/> Évanouissements	<input type="checkbox"/> Maux de dos	<input type="checkbox"/> Tr. respiratoires	<input type="checkbox"/> Sinusites
<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 fréquemment
<input type="checkbox"/> Convulsions	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Méningite	<input type="checkbox"/> Tr. digestifs	<input type="checkbox"/> Uriner la nuit
<input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> Enflure	<input type="checkbox"/> Cancer	
<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	
<b>Section féminine</b>				
<input type="checkbox"/> Pertes vaginales	<input type="checkbox"/> Abs. de menstruation	<input type="checkbox"/> Crampes au ventre	<input type="checkbox"/> Flux menstruel abondant	
	<input type="checkbox"/> Symptômes de ménopause	Êtes-vous enceinte? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> peut-être <input type="checkbox"/>		

-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 : \_\_\_\_\_