



457 route 105, unité 2
 Chelsea (QC)
 J9B 1L2
 (819) 827-4499
Fax : (819) 827-4459
Drmartine4kids@hotmail.com
 www.chelseachiro.com

Formulaire pour les nouveaux Petits

Date:

Avant de commencer, nous aimerions savoir à qui nous devons un immense MERCI! pour t'avoir référé à nous

S'il-te-plaît, remplir toutes les questions au mieux de tes connaissances, et nous retourner le formulaire le plus rapidement possible, en personne, par fax ou par courriel. Maman et/ou Papa peuvent t'aider. Ne t'en fais pas, ces questions seront révisées avec toi par Dre Martine. Merci!

Informations personnelles *(complètes à l'encre s'il-te-plaît)*

Nom de famille:

Prénom:

Nom de la mère:

Nom du père:

Adresse:

Ville:

Code postal:

Téléphone Résidence:

Téléphone au travail des parents:

Peut-on laisser un message à ces numéros?

Courriel à toi, sinon celui de tes parents:

Peut-on vous envoyer un courriel ou bulletin de nouvelles à cette adresse? Oui Non

Date de naissance:

As-tu un pédiatre?

Si oui, quel est son nom?

Tu es en quelle année?

À quelle école?

Quels sont les noms de tes frères ou de tes soeurs et leurs âges?



Histoire actuelle

Racontes-nous ton histoire... Si tu consultes pour une santé optimale, racontes-nous ce que tu as fait déjà pour améliorer cet état. Si tu consultes pour un état particulier, racontes-nous comment tu penses que ça a commencé et ce que tu as eu à traverser depuis. Tu peux ajouter d'autres feuilles au besoin.



As-tu consulté un (e) autre spécialiste pour la même raison qui t'amène ici? Oui Non
 Si oui, qui? Quand? Et comment ça a été?

As-tu déjà reçu des soins chiropratiques? Oui Non
 Si oui, qui était ton (ta) chiropraticien (ne)?

Date du dernier ajustement:

Qu'as-tu le plus aimé de ces soins?

Qu'as-tu le moins aimé de ces soins?

Objectifs secondaires

Y a-t-il d'autres raisons pour lesquelles nous pourrions t'être utiles et que tu aimerais que nous regardions avec toi éventuellement?

Histoire de vie

Combien de temps a duré ta grossesse?

Comment s'est passé ta grossesse (lorsque ta mère était enceinte de toi) et ton accouchement?

Es-tu né à

- La maison La maison des naissances L'hôpital, lequel?

Combien de temps a duré ton accouchement, depuis le début du travail?

As-tu été victime de traumatismes à la naissance tels

- Induction (travail provoqué) Césarienne Autre
 Péridurale/épidurale/anesthésia Forceps ou ventouse

As-tu été séparé de Maman à ta naissance?

As-tu reçu vitamine K? Érythromycine (onguent antibiotique dans les yeux)?

Poids à la naissance: Grandeur à la naissance:

APGAR à la naissance:

Poids actuel: Grandeur actuelle:

As-tu présenté une jaunisse une cyanose(bleu)?

As-tu une ou des anomalies congénitales? Oui / Non Lesquelles: _____



As-tu été allaité (ou l'es-tu encore)? Oui Non

Si oui, pendant combien de temps l'as-tu été?

Si non, quel type de lait as-tu bu?

Est-ce que ça va bien/allait bien des deux seins?

À quel âge as-tu commencé à:

- ✓ Manger? Et quel aliment as-tu mangé en premier?
- ✓ Marcher à quatre pattes?
 - Est-ce que c'était avec les genoux et les mains par terre?
- ✓ Marcher debout?

As-tu reçu les vaccins de routine? Oui Non

As-tu souffert de réactions adverses aux vaccins? Oui Non

Si oui, décrire brièvement:

As-tu déjà...

- Été opéré? Oui / Non Si oui, quand et pourquoi? _____
- Été victime de chutes, de collisions automobiles ou de blessures? Oui / Non
 - Si oui, quand et décrire brièvement:
- Subi des fractures ou des pertes de conscience? Oui / Non
 - Si oui, quand et décrire brièvement:
- Été hospitalisé? Oui / Non Si oui, quand et pourquoi? _____

Antécédents familiaux

Est-ce que ton père et ta mère sont en bonne santé? Oui Non


- Si Non, spécifies brièvement:
- Y a-t-il une historique d'allergies/asthme dans la famille?

Si tu as des frères et des soeurs, sont-ils en bonne santé? Oui Non

- Si Non, spécifies brièvement:



Style de vie

- 
- Prends-tu des médicaments (drogues) ? Oui Non
Si oui, lesquels? Depuis quand et à quelle dose?
As-tu pris des antibiotiques avant l'âge de un an?
- Prends-tu des suppléments, incluant les vitamines? Oui Non
Si oui, lesquels? Depuis quand et à quelle dose?
- Prends-tu des boissons gazeuses? Oui Non
Si oui, combien?
- Selon toi, bois-tu suffisamment d'eau? Oui Non Je ne sais pas
Combien de verres d'eau bois-tu par jour?
- Fais-tu de l'exercice régulièrement? Oui Non
Si oui, quoi? Combien de fois par jour ou par semaine?
Bébé est-ce qu'on te mettait sur ton ventre et est-ce que tu aimais ça?
- Combien d'heures de sommeil dors-tu par nuit?
Fais-tu des siestes dans la journée? Oui Non
Dans quelle position est-ce que tu dors?
Est-ce que tu dors dans ta chambre à toi tout seul?
Est-ce que tu as un oreiller?
- Considères-tu ton alimentation comme bonne? Oui Non Es-tu végétarien?
Manges-tu du poisson, et si oui à quelle fréquence?
Combien de portions de lait de vache prends-tu par jour?
Combien de sucreries, incluant les desserts prends-tu par jour?
Manges-tu souvent...
 des plats cuisinés à la maison des repas au restaurant
 des plats préparés d'avance au magasin?
-

Revue des systèmes

- Souffres-tu de difficultés au niveau...
- Des yeux – infections récurrentes, strabisme, myopie, presbytie, etc.
 - Des oreilles – otites, problèmes d'audition, entendre des bruits constants, etc.
 - Du nez ou des sinus – congestion, rhumes fréquents, sinusites à répétition, allergies, etc.

- De la bouche ou de la gorge – abcès, maux de gorge fréquents, etc.
- De la digestion – coliques, reflux acides, difficulté à digérer certains aliments, allergies...
- De l'élimination – diarrhée/constipation fréquente, pipi au lit, douleur lors de pipi, etc.
 - Les selles sont à quelle fréquence?
 - Es-tu propre, de jour et de nuit?
- Des poumons et de la respiration – difficulté à respirer, bronchite chronique, asthme, etc.
- Du coeur – problèmes cardiaques, sensation de pression au niveau de la poitrine, etc.
- Du système nerveux ou vasculaire – maux de tête, migraines, étourdissements, évanouissements, tremblements, engourdissements, perte de mémoire, etc.
- De la peau – irritations fréquentes, boutons/plaques inhabituelles, psoriasis, eczéma, etc.
- Du système osseux et articulaire – douleur aux articulations, douleurs de croissance, etc.
- De la santé émotionnelle et psychologique – face à la maison, à l'école, aux amis, à la perte d'un proche, dépression, irritabilité, fatigue, nervosité, hyperactivité, etc.

Qu'est-ce que tu aimes le plus faire?

Attentes

Quelles sont tes attentes en venant ici ?



Désires-tu recevoir des soins...

- Symptomatiques de rapiéçage (“patch”), seulement pour diminuer la douleur
 - Pour restaurer ta santé Pour maintenir ta santé
 - Pour augmenter ton niveau de bien-être (mieux-être)
-

La Santé et la Qualité de vie sont parmi les biens les plus précieux dans ce monde – TA SANTÉ ET CELLE DE TA FAMILLE. La Chiropratique est là pour Toi. Les ajustements vont t'aider à exprimer ton plein potentiel de vie et à mieux grandir. Lorsque tu reçois un ajustement chiropratique, le travail ne fait que commencer. Dans les heures et les jours suivants ton ajustement, ton Intelligence Innée continuera à travailler en utilisant les informations reçues lors de l'ajustement afin de t'améliorer et que ton plein pouvoir de guérison soit relâché. À la Maison Chiropratique Petits et Grands, nous ne traitons aucune condition ni maladie. Nous ajustons des personnes et le corps décide, grâce à son Intelligence Innée, ce qui doit être fait, et ce qui peut encore être fait. Nous travaillons donc en harmonie avec ta sagesse intérieure. Cependant, cette démarche implique que toi aussi tu reprennes le contrôle de ta vie et de ta santé, et que tu acceptes de t'investir à assister ton “Docteur à l'Intérieur de Toi”. Tu es un super héros en-dedans! Je reconnais que les renseignements fournis sont exacts au mieux de mes connaissances et je consens à recevoir les examens nécessaires pour évaluer ma condition.

Signature du parent

Date