

momentum
chiropratique

FORMULAIRE PÉDIATRIQUE



Chers parents,

Le choix de faire évaluer par un chiropraticien l'état de santé de votre enfant est une étape importante à franchir! Félicitations! Afin de répondre aux besoins de votre enfant le mieux possible, il est nécessaire que nous prenions connaissance de différents aspects de sa vie.

Informations personnelles

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	Age : _____ Sexe : F _____ M _____
Nom des parents : _____	
Coordonnées de la personne à contacter :	
Tél. (rés) : _____	Tél.(travail) : _____
Cellulaire : _____	Courriel : _____
Adresse : _____	

Référence : Comment avez-vous entendu parler de Momentum Chiropratique?

Professionnel de la santé (précisez svp) : _____	
Patient à la clinique (précisez svp) : _____	
Hebdos du Suroit : Journaux Première Édition/Étoile	Pages Jaunes/ Canada 411 (internet / bottin papier)
Internet / site web www.momentumchiropratique.com	Annuaire pratique (apweb / bottin papier)
Partenariat avec des clubs de sports : _____	
Publicité postale	Autre : _____

Motif de consultation de l'enfant :

Je consulte par prévention, je n'ai aucun symptôme
Je souffre de : _____

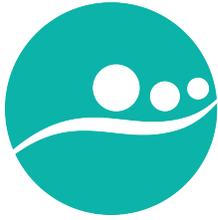
Sensations (si applicable) :

1- Brûlure	4- Aiguilles
2- Coup de couteau	5- Poing
3- Picotements/Engourdissements	6-Autres (Spécifiez) _____



SVP identifiez à l'aide d'une « X » sur la ligne suivante quelle est l'intensité de vos douleurs

Aucune douleur	Douleur intolérable
----------------	---------------------



momentum chiropratique

La chiropratique est une approche globale qui prend en considération tous les aspects de votre santé. Les bienfaits de la chiropratique s'étendent à tous les systèmes du corps humain et un déséquilibre au niveau de votre système nerveux peut se dévoiler sous plusieurs formes. Il est donc important pour nous de connaître votre état actuel de santé afin de vous offrir une expérience des plus positives en chiropratique.

SVP cochez les cases qui se rapportent à votre état de santé de votre enfant. Notez si les symptômes sont : Occasionnel (O) ; Fréquent (F) ; Constant (C)

O F C

Système respiratoire

Asthme
Toux sèche
Toux productive (grasse)
Es soufflement
Difficulté à respirer
Sifflement, râlement

Système cardio-vasculaire

Hypertension artérielle
Palpitations
Douleur, serrement à la poitrine
Tachycardie
Souffle au coeur
Enflure aux jambes ou aux bras
Mains et pieds froids

Système digestif

Brûlures d'estomac
Constipation
Diarrhée
Crampes
Gaz
Sang dans les selles
Reflux gastro-oesophagien

Système nerveux

Engourdissements, picotements
Tremblements
Anxiété, nervosité
Insomnie / Réveils fréquents
Attention / Concentration
Problème de motricité
Problème de communication / langage
Problème de développement social (interaction)

O F C

Système urinaire

Difficulté à uriner
Douleur à la miction
Infections urinaires
Sang dans l'urine
Mictions fréquentes
Incontinence
Énurésie (Pipi la nuit)

Oreilles, Nez et Bouche

Vision trouble
Perte de vision
Larmolement
Rougeur aux yeux
Sécheresse aux yeux
Écoulement nasal
Saignement nasal
Changement d'odorat
Congestion nasale
Otite, douleur à l'oreille
Perte auditive
Bourdonnement \ sillement
Sensation d'oreille pleine
Changement du goût
Difficulté à avaler
Maux de gorge

Peau

Rougeurs\ décoloration
S écheresse
Démangeaisons
Sudation excessive

REVUE DE SANTÉ

Grossesse

- Malaises pendant la grossesse
- Complications : _____
- Médicaments pendant la grossesse : _____
- Alimentation pendant la grossesse : Très équilibrée Bonne Négligée

Accouchement

- Prématuré À terme Post-terme
- Accouchement naturel vaginal
- Avec induction (provoqué)
- Césarienne
- Épidurale
- Forceps / Ventouses
- Complications : _____

Poids et taille : **À la naissance :** _____ (kg/lbs) _____ (cm/pouces)
Actuels : _____ (kg/lbs) _____ (cm/pouces)

Alimentation

Allaitement oui, jusqu'à _____ mois non, formule : _____
Alimentation de la mère pendant l'allaitement : Très équilibrée Bonne Négligé
Fréquence des boires : _____
Introduction des aliments solides : Début _____ mois
Aliments introduits en ordre chronologique: _____

Votre enfant consomme-t-il des médicaments, vitamines ou produits naturels?

Médicaments / Vitamines / Produits naturels	Fréquence	Dose
_____	_____	_____

Votre enfant a-t-il reçu des vaccins?

Vaccins	Date	Réactions adverses?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sommeil

Nuit : _____ heures
Sieste : _____ heures par jour
Position de sommeil : Dos Ventre Côté droit Côté gauche

Votre enfant a-t-il eu des épisodes de fièvre, de pleurs importants ou d'autres indices de stress?

Un accident d'automobile à une vitesse aussi faible que 5km/h peut causer des dommages au système nerveux. Tous les traumatismes subis DEPUIS LA NAISSANCE, même ceux qui semblent inoffensifs, peuvent être à la base d'un trouble de la santé.

SVP, notez ci-dessous les accidents, traumatismes, chutes dans lesquels votre enfant a été impliqué(e).

Traumatismes, chutes	Date
_____	_____

SVP, notez ci-dessous toutes les opérations et les hospitalisations que votre enfant a subies.

Opération \ Hospitalisation	Date
_____	_____

À votre connaissance, votre enfant souffre-t-il d'une maladie, allergie ou condition particulière?
