



OAKTREE

CHIROPRACTIC
ACUPUNCTURE
CHINESE MEDICINE

Formulaire de santé en chiropractie pour BÉBÉ (0-24mois)

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de l'enfant: _____ Sexe: _____

Nom du/des parent(s): _____

Adresse: _____ Ville: _____ Code Postal: _____

Domicile #: _____ Tél. Cellulaire #: _____ Bureau #: _____

Courriel: _____

Oui Non J'accepte de recevoir des communications d'Oaktree par courriel.

(Ces courriels sont des mises à jour d'Oaktree. Vous pouvez vous désinscrire à n'importe lequel moment. Vous recevrez des rappels de rendez-vous et tout autre avis pas courriel.)

Date de naissance: [M] _____ [J] _____ [A] _____ Âge: _____ Poids: _____ Taille: _____

Nom de votre médecin: _____

Référé(e) par: _____

HISTORIQUE DE LA CHIROPRACTIE

Avez-vous déjà reçu de la chiropractie? Oui Non Y a-t-il eu des rayons X? Oui Non

Nom du chiropraticien: _____ Ville: _____

Date de la dernière visite: [M] _____ [A] _____ Durée et fréquence des soins: _____

CONTACTS EN CAS D'URGENCE

Nom: _____ Téléphone #: _____

CONSENTEMENT POUR L'EXAMEN

Il est entendu que le but de la visite aujourd'hui consiste à savoir si mon enfant est candidat(e) aux soins chiropratiques et que je demeure responsable en vue de tous frais convenus entre moi et le docteur. Tous frais associés à l'examen me seront expliqués au préalable. La pression exercée dans l'analyse de l'épine dorsale d'un enfant en vue de subluxation est semblable à celle qu'on exerce en palpan une tomate pour vérifier son mûrissement.

Signature

Date



HISTORIQUES PRÉNATAL ET DE LA NAISSANCE

Le temps passé in utero n'est pas de tout repos. Le cerveau change plus rapidement pendant cette période que pendant tout autre temps. Il s'agit d'un temps de croissance et d'exploration pour le fœtus et bien sûr de connexion avec sa maman. Les nouvelles recherches démontrent, pour la première fois, que cette connexion affecte directement le développement du cerveau: Les stress, physique et mental, de la mère pendant la grossesse affectent la connectivité neurale dans le cerveau et le système nerveux de son enfant à naître.

GROSSESSE

Complications pendant la grossesse: Oui Non Commentaire: _____

Écographies pendant la grossesse: Oui Non Combien?: _____

Médicaments pendant la grossesse: Oui Non Si oui, lesquels?: _____

Vaccins pendant la grossesse: Oui Non Si oui, lesquels?: _____

Quelles furent vos préoccupations à l'égard de votre santé pendant votre grossesse, le cas échéant?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Mal de dos | <input type="checkbox"/> Indigestion |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Saignement anormal | <input type="checkbox"/> Chevilles enflées |
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Autre maladie/hospitalisation | <input type="checkbox"/> Problèmes de la glande thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Nausées matinales | <input type="checkbox"/> Autre trauma: _____ | |

Est-ce que cette grossesse fut le résultat d'une FIV?? Oui Non

Avez-vous fait l'expérience de fausse-couche avant cette grossesse? Oui Combien?: _____ Non

Usage de tabac/alcool pendant cette grossesse?: Oui Non Commentaire: _____

NAISSANCE

Lieu de la naissance: Maison Centre d'accouchement Hôpital Autre: _____

Type de naissance: Vaginale Césarienne

Médicaments pendant le travail: Aucun Induction (i.e. Pitocin, oxytocin) Épidurale Autre: _____

Procédures/interventions de naissance: Forceps Extraction par aspiration Induite Autre: _____

Complications durant l'accouchement: naissance rapide naissance excessivement longue Echymoses Tête à forme anormale Pris dans le canal vaginal Cordon autour du cou Accouchement par le siège Dépression respiratoire Méconium Réanimation Autre: _____

Désordres ou invalidités génétiques: Oui Non Commentaire: _____

Poids à la naissance: _____ APGAR score: _____

Est-ce qu'autre chose s'est produit après la naissance? Jaunisse Néonatalité Médicaments

Détails: _____



HISTORIQUE DE L'ENFANT

Est-ce que enfant fut nourri au sein? Oui Non Si oui, pendant combine de temps?: _____

Si vous nourrissez actuellement au sein, y a-t-il des défis? Non Oui (Veuillez cocher)

Préfère un côté Étouffement fréquent Frein de langue / lèvres Autre: _____

À quel âge avez-vous introduit votre enfant, le cas échéant, au:

Lait maternisé (formule): _____ Type(s): _____

Nourriture solide: _____ Type(s): _____

Est-ce que les situations suivantes se présentent?

Irritabilité/gaz Tête ou cou arquée par en arrière Autre: _____

Problèmes de vessie/intestin Colique/reflux _____

Êtes-vous préoccupé par le développement ou la forme du crâne ou de la tête de votre enfant? Non Oui: _____

Combien d'heures dort votre enfant? (entre les têtées ou pendant la nuit): _____

Combien de selles fait votre enfant par jour?: _____

Combien d'heures par jour votre enfant passe-t-il en posture verticale? (i.e. dans un siège d'auto, balançoire, saute-siège): _____

Combien de temps votre enfant passe-t-il sur le ventre? sur parent _____ seul: _____

Si vous utilisez un porte-enfant, quelle sorte? (nous vous le demandons parce que cela peut avoir une incidence sur le développement des hanches): _____

STRESSEURS CHIMIQUES

Intolérances alimentaires? Oui Non Si oui, énumérez: _____

Est-ce votre enfant a reçu des vaccins? oui non programme modifié

Est-ce que votre enfant a déjà reçu des antibiotiques? Oui Non si oui, énumérez: _____

Nombre total des traitements antibiotiques à date: _____

Est-ce que votre enfant prend des médicaments (s)? lesquels et pour quelles raisons(s)?: _____

STRESSEURS TRAUMATISANTS

Chutes (i.e. d'un lit, , table à langer, escalier, tombé d'un sofa, , etc.): _____

Est-ce que votre enfant a déjà été hospitalisé suite à la naissance? oui non

Commentaire: _____



Est-ce que votre enfant a déjà subi une chirurgie? Oui Non

Commentaire: _____

Est-ce que votre enfant a déjà été victime d'un accident véhiculaire ? Oui Non

Commentaire: _____

PRÉOCCUPATIONS CONCERNANT LA SANTÉ

Quel est le but de la visite d'aujourd'hui?

Vérification de la santé Préoccupation particulière (complétez ici-bas)

1. Quelle est votre préoccupation principale concernant la santé d votre enfant? _____

Depuis quand votre enfant manifeste-il cette condition? _____

Quels autres professionnels de la santé ont traité cette condition? Qu'avez-vous essayé de plus ?

Est-ce que le problème: s'améliore empire demeure le même

Veillez estimer le degré auquel la condition affecte votre enfant:

(pas du tout) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (beaucoup)

Veillez estimer le degré auquel la condition affecte votre famille:

(pas du tout) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (beaucoup)

2. Quelle est la préoccupation secondaire qui affecte la santé de votre enfant, le cas échéant? _____

Depuis quand votre enfant manifeste-il cette condition? _____

Quels autres professionnels de la santé ont traité cette condition? Qu'avez-vous essayé de plus ?

Est-ce que le problème: s'améliore empire demeure le même

Veillez estimer le degré auquel la condition affecte votre enfant:

(pas du tout) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (beaucoup)

Veillez estimer le degré auquel la condition affecte votre famille:

(pas du tout) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (beaucoup)

Autre détails qui nous aiderait à mieux comprendre votre santé: _____