



# OAKTREE

CHIROPRACTIC  
ACUPUNCTURE  
CHINESE MEDICINE

Formulaire de santé en chiropractie pour ENFANTS (2-10 ans)

## 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 chiropracticien: \_\_\_\_\_ 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.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date



## PRÉOCCUPATIONS CONCERNANT LA SANTÉ

**What is the purpose of today's visit?**  Wellness Check-up  Specific Concern (fill out below)

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 cette condition est-elle présente? \_\_\_\_\_

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)

Veillez partager toute autre information concernant les problèmes ou préoccupation concernant la santé: \_\_\_\_\_

---

---

---



## 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: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant participe à des sports à fort impact??  Oui  Non

Énumérez: \_\_\_\_\_

À quelle fréquence votre enfant participe-t-il à des exercices aérobiques? (au moins 30 minutes parjour)

0 jours/semaine  1-2 jours/semaine  3-4 jours/semaine  5-7 jours/semaine

## CONDITIONS & SYMPTÔMES

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme                                      | <input type="checkbox"/> Maux de tête /migraines       | <input type="checkbox"/> Autisme   |
| <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents/faible système immunitaire | <input type="checkbox"/> Douleur au cou/raideur        | <input type="checkbox"/> ADHD  |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de sinus                          | <input type="checkbox"/> Tension dans les épaules      | <input type="checkbox"/> Autre désordre relié au développement sensoriel |
| <input type="checkbox"/> Constipation/diarrhée                       | <input type="checkbox"/> Douleur à la mi-dos/raideur   | <input type="checkbox"/> Dépression/questions émotives                   |
| <input type="checkbox"/> Syndrome du colon irrité                    | <input type="checkbox"/> Douleur au bas du dos/raideur | <input type="checkbox"/> Anxiété   |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn's                          | <input type="checkbox"/> Mauvaise posture              | <input type="checkbox"/> Fatigué/lethargique                             |
| <input type="checkbox"/> Ulcères                                     | <input type="checkbox"/> Faible mémoire/concentration  | <input type="checkbox"/> Trouble de digestion                            |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de la peau                        | <input type="checkbox"/> Difficulté d'apprentissage    | <input type="checkbox"/> Allergie alimentaire:                           |
| <input type="checkbox"/> Crises                                      | <input type="checkbox"/> Irritabilité/nervosité        | <input type="checkbox"/> Other:  |
| <input type="checkbox"/> Scoliose                                    |  |  |