



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 chiropraticien: _____ Ville: _____

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

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 rempire 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 rempire 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"/> Scoliose | | _____ |