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 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. 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 palpant une tomate pour vérifier son mûrissement.

_____ _____

Signature Date

OAKTREE | CHIROPRACTIC ACUPUNCTURE CHINESE MEDICINE

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 fétus 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?

❑ Hypertension	❑ Mal de dos	❑ Indigestion
❑ Diabète	❑ Saignement anormal	❑ Chevilles enflées
❑ Anémie	❑ Autre maladie/hospitalisation	❑ Problèmes de la glande thyroïde
❑ Nausées matinales	❑ 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 ☐ Medicaments

Détails:_____

OAKTREE | CHIROPRACTIC ACUPUNCTURE CHINESE MEDICINE

HISTORQUE 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 / lèvre ☐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 siege 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 peur 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:_____

OAKTREE | CHIROPRACTIC ACUPUNCTURE CHINESE MEDICINE

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 ☐rempire ☐ demeure le même

Veuillez estimer le degré auquel la condition affecte votre enfant:

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

Veuillez 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 ☐rempire ☐ demeure le même

Veuillez estimer le degré auquel la condition affecte votre enfant:

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

Veuillez 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: _____

_____

_____