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

OAKTREE | CHIROPRACTIC ACUPUNCTURE CHINESE MEDICINE

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

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 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

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)

Veuillez partager toute autre information concernant les problèmes ou préoccupation concernant la santé: _____

_____

_____

_____

OAKTREE | CHIROPRACTIC ACUPUNCTURE CHINESE MEDICINE

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

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