



No de dossier : _____

Date : _____

Questionnaire pédiatrique 0-14 ans

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone (Maison) : _____

Voulez-vous une confirmation de rdv par texto ? Oui Non

Voulez-vous recevoir : Des courriels de la clinique ? (Infolettre Chiro-Santé) Oui Non

Un avis sur les changements d'horaires et promo ? Oui Non

Des exercices/informations sur la condition ? Oui Non

Nom du parent (mère) : _____ Tuteur légal oui non

Numéro de tél. cellulaire : _____

Numéro de tél. au travail : _____

Nom du parent (père) : _____ Tuteur légal oui non

Numéro de tél. cellulaire : _____

Numéro de tél. au travail : _____

Les deux parents consentent à ce que l'enfant reçoive des soins chiropratiques : oui non

Soins de santé :

A-t-il consulté un professionnel de la santé pour ce problème ? Oui Non

Médecin (son nom) : _____ Chiropraticien : (son nom) _____

Autre(s) : _____ Date de la dernière visite : _____

À quand remonte son dernier examen physique (Médecin, sanguin, urinaire, IRM) : _____

Comment avez-vous pris connaissance de l'existence de la Clinique Chiropratique Montée Masson :

Internet : Google Site Web Facebook Les pages jaunes

Un(e) ami(e) ou un parent / conjoint(e): _____

Cartes d'affaires ou Dépliants

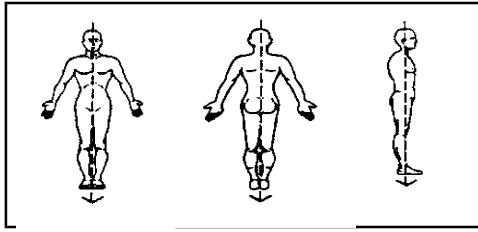
En passant devant, pancarte extérieure

Un professionnel de la santé, veuillez préciser : _____

Au contact du chiropraticien

Autres, précisez : _____

Localisation de la douleur :



Description du problème majeur :

← **Pas de douleur** **Douleur extrême** →

Intensité : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Votre problème est-il présent : 100% du temps 75 % du temps 25%-50 du temps Moins de 25% du temps

Depuis combien de temps ressent-il son problème de santé principal? _____

Le caractère de la douleur : (raide, brûle, engourdie, bloqué, etc.) _____

Son problème augmente avec : _____

Son problème diminue avec : _____

Comment est survenu ce problème ? Subitement Graduellement Suite à un accident

Connaissez-vous la cause du problème ? Non Oui Précisez : _____

Comment évolue son problème : S'améliore S'aggrave Ne change pas

Son problème est-il plus intense: Au lever Le jour Le soir La nuit Ne change pas

Son problème l'empêche-t-il de : Aller à l'école /garderie Dormir Jouer Autre : _____

Ce problème est-il déjà survenu auparavant : Non Oui Quand : _____

Souffre-t-il ? (Encerclez le ou les choix correspondant à sa condition)

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| Allergies : _____ | Transpiration | Pertes urinaires | Frissons |
| Tremblements | Pertes fécales | Incontinence | Fatigue |
| Pertes d'équilibre | Uriner au lit | Perte de mémoire | Colique/Gaz |
| Fièvre | Dépression | Évanouissement | Uriner fréquemment |
| Maux de tête | Migraine | Infections des reins | Pierre aux reins |
| Problèmes de mâchoire | Mains/pieds froids | Douleur en urinant | Insomnie |
| Enflure | Perte/Gain de poids | Toux/Râlement | Constipation |
| Anxiété (Angoisse) | Respiration difficile | Diarrhée | Engourdissement |
| Asthme | Digestion difficile | Névrалgie | Douleur aux yeux |
| Faim excessive | Scoliose | Yeux larmoyants | Hémorroïdes |
| Douleur sciatique | Vue affaiblie | Trouble du foie | Jaunisse |
| Douleur aux côtes | Nausée | Douleur aux mains | Acouphène |
| Grippe/Rhume | Douleur à l'estomac | Douleur aux pieds | Saignement nasal |
| Reflux gastrique | Bursite/Tendinite | Infection des sinus | Peu d'appétit |
| Arthrite | Maux de gorge | Vomissements | Hernies : (Emplacement) |
| Démangeaisons | Haute/Basse pression | Douleur (bas du dos) | Éruptions cutanées |
| Peau sèche | Point au cœur | Douleur (entre épaules) | Problèmes menstruels |
| Mauvaise circulation | Douleur (cou) | Chevilles enflées | Sujet aux bleus |
| Palpitations | Battements lents | Varices | Perte de force |
| Torticolis | Uriner au lit | Douleur aux oreilles | Sang dans l'urine |
| Régurgitation | Reflux d'acidité | Trouble de posture | Coliques/Gaz |

Tr. Déficit d'Attention avec Hyperactivité (TDAH)

Tr. Déficit d'Attention (TDA)

Retard de développement (marche, s'asseoir, se tourner ...) : _____

Autres : _____

Autres informations sur le bébé / l'enfant :

Poids à la naissance : _____

Apgar : ____ - ____ - ____ / 10

Nourriture du bébé : Préparation : _____
(Marque)

Lait maternel Les deux

Début de la nourriture solide : à ____ mois

pas encore commencé

Nombre de selles : _____ / jour

Nombre de pipis : _____ / jour

Nombre d'heures de sommeil : _____ h / nuit

Sieste (combien de temps ?) : am _____ pm _____

Grossesse (Difficultés) : _____

Accouchement : Vaginal Césarienne

Durée du travail : _____ heures

Complications : _____

Si vous avez coché Vaginal, répondez à ces questions :

Nombre de poussées : _____

Déchirures : Oui Non

Maladies et médicaments:

Histoire d'accident, chute, foulure, Fracture, etc... avec dates : Non Oui Date : _____

Histoire antérieure de chirurgie : Non Oui Date : _____

Histoire de radiographie/imagerie (scan, résonance, écho) : Non Oui Date : _____

A-t-il des frères et/ou sœurs ? Oui Non

Est-ce qu'un des membres de votre famille est atteint de : Troubles cardiaques

Diabète Cancer Arthrose / Arthrite Autres : _____

Est-ce qu'un des membres de la famille immédiate est décédé? Si oui, cause : _____

Porte-t-il des ...? Talonnettes Semelles correctives / orthèses Depuis quand : _____

Habituellement, dort-il sur ...? Le dos Le côté : Gauche Droit Le ventre

Consomme-t-il ...?

Des vitamines et suppléments Non Oui Combien : _____ / jour

Quels suppléments / vitamines : _____

Habitudes alimentaires : Mauvaises Moyennes Bonnes

Pourquoi ? : _____

Fait-il de l'exercice? (Si oui, combien de temps ?) Oui Non _____ / hres / sem

Quel(s) sport(s) / activité(s) : _____

Intensité de stress : Aucun stress 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 10 Grand stress

Quel est l'objectif santé pour votre enfant : _____

EST-IL POSSIBLE QUE VOUS PUISSIEZ ÊTRE ENCEINTE? : OUI NON

Consentement aux examens radiologiques (FEMMES SEULEMENT)

La présente est pour certifier que, à ma connaissance, je ne suis pas enceinte et que la Clinique Chiropratique Montée Masson à la permission de faire des radiographies. J'assumerai toutes les responsabilités si je suis enceinte.

**** Toutes les femmes en âge de procréer doivent signer cette autorisation et cocher la catégorie appropriée. ****

Signature : _____

Date : _____

Absence de relation

Pilule contraceptive/injection/anneau

Condom

Stérilet

Autres : _____

10 jours suivant la fin des menstruations, date : _____ **Date des premières menstruations :** _____