



STUDIO CHIROPRATIQUE FAMILIAL

Merci de remplir ce questionnaire du mieux que vous le pouvez et de nous le retourner avant votre première visite.

Temps de remplissage approximatif : 15 minutes.

Informations Générales

Date de la première visite	<input type="text"/>		
Nom et Prénom de l'enfant	<input type="text"/>		
Nom et Prénom des parents ou tuteur	<input type="text"/>		
Date de naissance	<input type="text"/>	Age	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
e-mail	<input type="text"/>		
N° téléphone(s)	<input type="text"/>		
Frères et/ou Sœurs ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Si oui, combien?	<input type="text"/>	Prénom(s) et âge(s)	<input type="text"/>
Hobby/sport/centres d'intérêts	<input type="text"/>		
Qui pouvons nous remercier pour votre visite ?	<input type="text"/>		

Avez-vous déjà vu un chiropracteur ? Oui Non Si oui, précisez

Quand était le dernier ajustement ?

Avez-vous un médecin traitant? Oui Non Si oui, précisez

L'avez-vous vu pour la même raison que votre venue aujourd'hui? Oui Non

Pouvons-nous contacter votre médecin traitant à propos de votre enfant si nécessaire? Oui Non

Votre enfant est-il suivi par un autre professionnel de la santé ? (Médecin spécialisé, Naturopathe, Homéopathe, Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Orthophoniste, Psychomotricien(ne), Thérapie comportementale, etc.)

Oui Non

Si oui :

- Nom Profession
Ville

Date et raison de la dernière visite

• Nom

Profession

Ville

Date et raison de la dernière visite

Pourquoi venez-vous nous voir aujourd'hui ?

- Il/elle continue les soins commencés chez un autre chiropracteur
- Je viens moi-même chez vous et je comprends l'intérêt d'amener mon enfant
- Je souhaite faire un bilan pour aider mon enfant à avoir une santé et un fonctionnement optimaux
- Je veux améliorer la santé de mon enfant
- Je m'inquiète pour sa santé/son bien-être et je cherche des réponses
- Il/elle a un problème particulier et j'ai appris que la chiropraxie pouvait aider

Si vous venez pour un problème particulier :

Votre enfant a-t-il l'air de souffrir de douleur ou d'inconfort ? Oui Non

Depuis quand ?

Est-ce que ça s'améliore s'empire n'évolue pas

Est-ce que ça a commencé soudainement progressivement ?

Avez-vous vu d'autres professionnels pour cette raison ? Oui Non

Si oui, précisez

Quel sorte de traitement/soin a été fait ?

Votre enfant a-t-il pris des médicaments pour ce problème ? Oui Non

Si oui, précisez

Votre enfant a-t-il déjà eu ce problème auparavant ? Oui Non

Si oui, a-t-il reçu un traitement/soin à cette époque ? Oui Non

Si oui, précisez

Des imageries ont-elles été réalisées ? Oui Non

Si oui, précisez

Des prises de sang ont-elles été réalisées ? Oui Non

Si oui, précisez

Profil de santé

Le corps humain cherche constamment à être dans un état d'équilibre et en bonne santé. Le chef d'orchestre qui coordonne toutes les parties et fonctions du corps est le système nerveux. Votre système nerveux est si précieux qu'il est entouré et protégé par les os de la colonne (les vertèbres) et le crâne.

Baucoup de problèmes de santé rencontrés à l'âge adulte commencent dans l'enfance durant les années de développement et parfois dès la naissance. Tel un oignon, les lésions et tensions s'accumulent au niveau du système nerveux et de la colonne à cause des différents traumatismes, toxines et stress émotionnel rencontrés dès tout petit. De là peuvent s'installer des blocages vertébraux qui vont impacter le bon fonctionnement du système nerveux, ce qu'on appelle en chiropraxie des subluxations vertébrales.

Merci de répondre aux questions suivantes afin de nous aider à mieux nous représenter l'état de santé de votre enfant ainsi que les facteurs pouvant contribuer à la présence de subluxations vertébrales.

Quels signaux (symptômes) sont envoyés par le corps de votre enfant ?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Torticolis/tête inclinée | <input type="checkbox"/> Toux / rhumes fréquents | <input type="checkbox"/> Douleurs de cou |
| <input type="checkbox"/> Difficultés à se nourrir d'un côté | <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Douleurs de dos |
| <input type="checkbox"/> Otites | <input type="checkbox"/> Intolérances alimentaires | <input type="checkbox"/> Douleurs de croissance |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Coliques | <input type="checkbox"/> Articulations rouges/gonflées |
| <input type="checkbox"/> Migraines | <input type="checkbox"/> Problèmes digestifs | <input type="checkbox"/> Scoliose |
| <input type="checkbox"/> Retard de croissance | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Convulsions |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de poids | <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Tremblements |
| <input type="checkbox"/> Réflexes lents/absents | <input type="checkbox"/> Gaz | <input type="checkbox"/> Eczéma |
| <input type="checkbox"/> Fièvre récurrente | <input type="checkbox"/> Crises de pleurs fréquentes | <input type="checkbox"/> Rougeurs / Démangeaisons |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Problèmes de sommeil | <input type="checkbox"/> TDA / H |
| <input type="checkbox"/> Sinusites | <input type="checkbox"/> Terreurs nocturnes | <input type="checkbox"/> Autisme / Trouble sensoriel |
| <input type="checkbox"/> Infections des voies respiratoires | <input type="checkbox"/> Énurésie (pipi au lit) | <input type="checkbox"/> Troubles Dys (dyslexie, dyspraxie etc.) |
| <input type="checkbox"/> Angines | <input type="checkbox"/> Déplacement asymétrique | <input type="checkbox"/> Troubles de l'oralité |
| <input type="checkbox"/> Végétations / Amygdalite | <input type="checkbox"/> Marche sur la pointe des pieds | |

Autre :

Vie prénatale

- Adopté(e) Histoire prénatale inconnue Histoire de naissance inconnue

Comment a commencé la grossesse ?

Précisez

Preniez-vous des médicaments ? Oui Non Si oui, précisez

Preniez-vous des suppléments ? Oui Non Si oui, précisez

Fumiez-vous ? Oui Non Si oui, précisez

Buviez vous de l'alcool ? Oui Non Si oui, précisez

Avez-vous eu une chute ou un accident ? Oui Non Si oui, précisez

La grossesse a-t-elle été dure émotionnellement ? Oui Non Si oui, précisez

Pratiquiez-vous une activité sportive ? Oui Non Si oui, précisez

Avez-vous rencontré des complications et/ou des difficultés durant la grossesse ? Oui Non

Si oui, précisez

Combien d'échographies avez-vous eu ?

Avez-vous eu une amniocentèse ? Oui Non Si oui, précisez

Naissance

Lieu de naissance :

Précisez

Personne(s) présente(s) lors de la naissance : Conjoint(e) Doula Sage-Femme

Gynécologue/Obstétricien Autre :

Médication durant le travail ou l'accouchement : Oui Non Si oui, précisez

De l'ocytocine chimique a-t-elle été utilisée pour déclencher ou accélérer le travail ? Oui Non

La poche des eaux a-t-elle été percée par un membre de l'équipe médicale ? Oui Non

Durant la grossesse, votre enfant a-t-il été à un moment donné dans une position de présentation non idéale ?

Oui Non Je ne sais pas

Si oui, précisez la position :

(occipito-)postérieure en siège par la face transverse par le front

Avez-vous accouché par voie basse césarienne ?

Si en césarienne, était-ce prévu en urgence ?

Si par voie basse, le bébé s'est-il présenté par la tête le siège ?

Est-ce qu'une intervention a été réalisée ? Oui Non Si oui :

Précisez

Y a-t-il eu des complications durant ou après l'accouchement ? Oui Non

Si oui, précisez

Combien de temps a duré le travail (entre les premières contractions régulières et l'accouchement) ?

Combien de temps a duré la deuxième phase (poussée et naissance) ?

Votre bébé avait-il des marques rouges / des bleus sur la tête ou le visage à la naissance ? Oui Non

Vous êtes-vous inquiétés de la forme de sa tête à la naissance ? Oui Non

Vie post-natale

Votre bébé est né à combien de semaines ? Poids Taille

Si connu, APGAR à 1 minute : /10 5 minutes : /10

Votre bébé a-t-il été hospitalisé en soins intensifs ? Oui Non

Si oui, précisez

Votre bébé a-t-il reçu des médicaments à la naissance ? Oui Non Je ne sais pas

Si oui, précisez

Votre bébé a-t-il été allaité exclusivement ? Oui Non Si oui, combien de temps

Votre bébé a-t-il été exclusivement nourri avec du lait en poudre ? Oui Non

Votre bébé a-t-il été en partie allaité et en partie nourri avec du lait en poudre ? Oui Non

Si oui, combien de temps

Votre enfant a-t-il montré une sensibilité à certains laits en poudre (reflux, eczéma, hyper extension) ?

Oui Non Si oui, précisez

A quel âge avez-vous commencé la diversification ?

S'est-elle bien passée ? Oui Non Précisez

Votre enfant a-t-il passé beaucoup de temps dans des supports bébé (transat, cosy, balancelle, trotteur, bumby etc.) ?

Oui Non Si oui, précisez

• STRESS PHYSIQUES

Votre enfant est-il déjà tombé de haut ? Oui Non Si oui, précisez

Votre enfant a-t-il déjà eu un accident de voiture ? Oui Non Si oui, précisez

Votre enfant est-il déjà allé aux urgences ? Oui Non Si oui, précisez

Votre enfant a-t-il déjà eu une fracture ? Oui Non Si oui, précisez

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? Oui Non Si oui, précisez

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? Oui Non Si oui, précisez

Votre enfant utilise une tablette/un ordinateur/des jeux vidéos :

Votre enfant regarde la TV :

Votre enfant fait du sport :

Votre enfant fait un sport de contact :

Votre enfant dort sur le ventre dos côté

Votre enfant porte-t-il un cartable ou un sac à dos ? Oui Non

Si oui, pèse-t-il moins de 15 % de son poids ? Oui Non

Porte-t-il son cartable/sac à dos sur les 2 épaules ? Oui Non

Les chaussures de votre enfant s'usent-elles excessivement vite ou de manière asymétriques ? Oui Non

Votre enfant porte-t-il des semelles ? Oui Non Si oui, pour quelle raison ?

• STRESS CHIMIQUES

Votre enfant est-il vacciné ? Oui Non

Si oui : le planning recommandé un planning différent

Réactions après vaccin ? aucune fièvre diarrhée rougeur bouton convulsion

pleurs prolongés régression développementale autre :

Votre enfant a-t-il déjà reçu des antibiotiques ? Oui Non

Si oui, combien de fois dans les 6 derniers mois ?

Raison

Votre enfant a-t-il déjà pris des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Combien de fois durant les 6 derniers mois ?

Raison

Combien de verre d'eau votre enfant boit-il par jour ?

Combien de verre de jus / soda / lait de vache par jour ?

Votre enfant mange-t'il du gluten ? Oui Non On essaye d'éliminer

Votre enfant mange-t-il des produits laitiers ? Oui Non On essaye d'éliminer

Allergie ou intolérance alimentaire ?

Exposé au tabac ? Oui Non

Votre enfant prend-il des probiotiques ? Oui Non Vit D3 ? Oui Non Omega 3 ? Oui Non

Autres suppléments ou homéopathie ? Oui Non Si oui, précisez

• STRESS EMOTIONNELS

Votre enfant a-t-il l'air heureux ? Oui Non

Montre-t-il des signes de tristesse ou de dépression ? Oui Non

Montre-t-il des signes d'anxiété ou de nervosité ? Oui Non

A-t-il des activités extrascolaires ? Oui Non

A-t-il des amis ? Oui Non

Le climat familial est-il bon ? Oui Non

Passez-vous régulièrement du temps en famille ? Oui Non

Votre enfant a-t-il été victimes de moqueries, d'agression, de harcèlement ? Oui Non

Si oui, quelles actions ont été entreprises ?

Vous souhaitez nous en dire plus sur votre enfant ? C'est ici !