

Cher nouveau patient,

C'est avec plaisir que nous vous souhaitons la bienvenue parmi notre groupe de patients bienheureux et en santé. Veuillez nous indiquer comment nous pouvons mettre vous et votre famille à l'aise. Pour mieux vous servir, veuillez compléter les renseignements suivants. Nous sommes heureux de travailler avec vous afin d'améliorer la santé de toute votre famille

Nom de patient: _____ No. d'assurance sociale: _____

Adresse: _____ Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____ Tel. maison: _____

Date de naissance: _____ / _____ / _____ Tel. travail: _____

Sexe: _____ Poids: _____ Taille: _____ Référé par: _____

Noms des parents du tuteur: _____

La Raison pour Votre Visite? _____

D'autres médecins consultés pour votre condition: _____ Oui _____ Non Noms des médecins et traitements antérieurs: _____

D'autres problèmes de santé: _____

Lesquels des maux suivant votre enfant a-t-il éprouvé durant les derniers six mois?:

- | | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Otites | <input type="checkbox"/> Scoliose | <input type="checkbox"/> Crises | <input type="checkbox"/> Rhumes chroniques | <input type="checkbox"/> Maux de tête |
| <input type="checkbox"/> Asthme/allergies | <input type="checkbox"/> Problèmes digestifs | <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Fièvres à répétition | <input type="checkbox"/> Courbatures de croissance/dos |
| <input type="checkbox"/> Colique | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Accident d'auto | <input type="checkbox"/> Crises de colère | <input type="checkbox"/> D'autres _____ |

Historique familiale: _____

Chiropraticien antérieur: _____

Date de la dernière visite _____ / _____ / _____ Raison: _____

Nom du pédiatre: _____

Date de la dernière visite: _____ / _____ / _____ Raison: _____

Etes-vous satisfaits avec le traitement que votre enfant y a reçu? _____ Oui _____ Non

Nombre de prescriptions d'antibiotiques que votre enfant a pris:

Durant des derniers six mois: _____, Total durant sa vie: _____

Nombre de prescriptions d'autres médicaments prescrits à votre enfant:

Lors des derniers six mois: _____, Totale durant sa vie: _____ Lesquels: _____

Immunisations: _____

Renseignements prénataux:

Nom d'obstétricien/sage femme: _____

Complications durant la grossesse? _____ Oui _____ Non, Lesquels: _____

Ecographies durant la grossesse? _____ Oui _____ Non, Nombre _____

Médicaments durant la grossesse et à l'accouchement? _____ Oui _____ Non, Lesquels: _____

Consommation de cigarette/alcool durant la grossesse?: _____ Oui _____ Non

Lieu de naissance: _____ Hôpital _____ Centre de naissance _____ Maison

Interventions a la naissance: _____ Forceps _____ Extraction par aspirateur

_____ Césarienne, D'urgence ou Plannifiée?

Complications durant l'accouchement? _____ Oui _____ Non, Lesquelles: _____

Désordres génétiques ou infirmités: _____ Oui _____ Non, Lesquels _____

Poids a la naissance _____ Taille a la naissance: _____ APGAR _____, _____

Renseignements Nutritifs

Nourri au sein: _____ Oui _____ Non, Combien de temps? _____

Nourri au lait maternisé: _____ Oui _____ Non, Combien de temps? _____ Marque: _____

Introduction des solides _____ mois, Lait de vache a _____ mois

Allergies ou intolérances aux aliments ou jus: _____ Oui _____ Non, Lesquelles _____

Le Developpement de l'Enfant

Pendant les moments suivants, la colonne vertebrale de votre enfant est plus vulnérable au stress et devrait être vérifiée régulièrement par votre médecin ou chiropraticien afin de prévenir et de détecter les débuts des subluxations vertébrales. A quel âge est-ce que votre enfant a été capable de:

_____ Répondre à un son

_____ Ramper

_____ Répondre à un stimuli visuel

_____ Se tenir debout

_____ Tenir sa tête tout seul

_____ Marcher tout seul

_____ S'asseoir

Selon le conseil national de sécurité des Etats-Unis, 50% d'enfants tombe la tête première d'une hauteur pendant leur première année de sa vie (e.g. table a langer, en bas de l'escalier etc.) Est-ce que cela a été le cas pour votre enfant? _____ Oui _____ Non

Est-ce que votre enfant a joué dans des sports de contact ou d'impact (soccer, football, gymnastique, baseball, arts martiaux etc.)? _____ Oui _____ Non, Lesquels: _____

Est-ce que votre enfant s'est déjà rendu à l'urgence à l'hôpital? _____ Oui _____ Non Quand? _____

Autre est-ce qu'il y a eu d'autres traumatismes non indiqués ci-haut? _____ Oui _____ Non

Chirurgie: _____ Oui _____ Non, Laquelle: _____

Menstruation: _____ Oui _____ Non, Age: _____

Maladies infantiles:

Varicelle N/Y, Age _____

Oreillons N/Y, Age _____

Rubéole N/Y, Age _____

Coqueluche N/Y, Age _____

Rougeole N/Y, Age _____

D'autres N/Y, Age _____

**NOUS SOMMES ICI POUR VOUS SERVIR ET VOUS ENCOURAGER A POSER DES QUESTIONS.
VOTRE PARTICIPATION EST ESSENTIELLE ET AIDERA A DETERMINER VOS RESULTATS**

AUTORISATION POUR SOIGNER UN MINEUR

J'autorise ce bureau et ces médecins à soigner ma fille/fils te' qu'ils estiment nécessaire. je comprends et suis d'accord que je suis personnellement responsable pour payer tous les frais encourus à cette fin.

Signé: _____ Témoigné par: _____ Date: _____ / _____ / _____