



OAKTREE

CHIROPRACTIC
ACUPUNCTURE
CHINESE MEDICINE

Formulaire de santé en chiropractie pour enfant (Moins de 5 ans)

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de l'enfant: _____

Nom des parents: _____

Adresse: _____ Ville: _____ Code postale: _____

Téléphone domicile#: _____ Téléphone cellulaire#: _____ Tél. du travail#: _____

Courriel des parents: _____

Oui Non J'accepte de recevoir des communications d'Oaktree par courriel.

(Ces courriels sont des mises à jour d'Oaktree. Vous pourrez vous désinscrire à n'importe quel moment. Vous recevrez des rappels de rendez-vous et tout autre avis par courriel.)

Date de naissance : [M] _____ [J] _____ [A] _____ Age: _____ Poids: _____ Grandeur: _____

Référé(e) par: _____

Avez-vous de l'assurance-maladie qui rembourse les coûts de la chiropractie?

Oui Non Montant par année: _____

HISTORIQUE DE LA CHIROPRACTIE

L'enfant a-t-il déjà eu des soins chiropratiques? Oui Non 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 : _____

ROM						Palpation				Posture
C/S				L/S		C/S	T/S	L/S	S	
LR 90	RR 90	Flex 40	Ext 90	Flex 130	Ext 40					<input type="checkbox"/> iPad

HISTORIQUE PRÉNATAL ET DE NAISSANCE

GROSSESSE

Complications durant la grossesse: Oui Non Commentaires: _____

Ultrasons durant la grossesse: Oui Non Combien? _____

Médicaments durant la grossesse: Oui Non Si oui, expliquez: _____

NAISSANCE

Naissance à: L'hôpital Domicile Centre de naissance Autre : _____

Genre de naissance: Vaginale Section C Siège Par ressuscitation Commentaires : _____

Complications à la naissance: Oui Non Commentaires: _____

Conditions génétiques ou handicaps: Oui Non Commentaires : _____

Interventions à la naissance: Des pinces Extration par ventouse Induites Autre: _____

Signes de traumatismes? Naissance rapide ou Difficile Tête déformée Contusions
 Forceps utilisés Cordon autour du cou Dépression des poumons Autre: _____

Fumer / usage d'alcool durant la grossesse: Oui Non Commentaires : _____

Conditions génétiques ou handicaps: Oui Non Commentaires : _____

Poids à la naissance: _____

HISTORIQUE DE L'ALIMENTATION

Allaitement aux seins: Oui Non Si oui, combien de temps? _____

À quel âge a-t-il commencé:

Lait formulé: _____ Type(s): _____

Nourriture solide: _____ Type(s): _____

Nourriture de bébé commerciale: _____ Type(s): _____

Lait de vache: _____

STRESSES CHIMIQUES

Intolérances à la nourriture? Oui Non Si oui, expliquez: _____

Vaccins? Yes No Si oui, donnez la liste: _____

Antibiotiques? Yes No Si oui, donnez la liste: _____ Combien de fois au total: _____

L'enfant prend t-il des médicaments? Lesquels et pour quoi?

STRESSES TRAUMATIQUES

Chutes que l'enfant a subi (ex: du lit, table de rechange, escaliers, du divan...)

Donnez la liste et la date approximative : _____

L'enfant a-t-il été hospitalisé? Oui Non Commentaires: _____

L'enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale? Oui Non Commentaires: _____

L'enfant a-t-il vécu une collision de véhicule? Oui Non Commentaires: _____

L'enfant joue-t-il à des sports de contact d'une grande intensité? Oui Non List: _____

Comment souvent participe-t-il à des exercices aérobics? (au moins 30 minutes)

0 jours/semaine 1-2 jours/semaine 3-4 jours/semaine 5-7 jours/semaine

PRÉOCCUPATIONS DE SANTÉ

Le but de la visite? Vérification Préventif Préoccupation (expliquez) :

QUELLE EST VOTRE PLUS IMPORTANTE PRÉOCCUPATION?

Depuis combien de temps l'enfant souffre-t-il de ce malaise?

Qu'est-ce qui aggrave le problème?

Qu'est-ce qui aide à diminuer la situation?

Quels professionnels de la santé sont intervenus?

Y A-T-IL UNE AUTRE PRÉOCCUPATION À CONSIDÉRER?

Depuis combien de temps l'enfant souffre-t-il de ce malaise?

Qu'est-ce qui aggrave le problème?

Qu'est-ce qui aide à diminuer la situation?

Quels professionnels de la santé sont intervenus?

INDIQUEZ, AU BESOIN, AUTRES PRÉOCCUPATIONS OU PROBLÈMES OU RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS QUI SERAIENT PERTINENTS?

SIGNES D'AVERTISSEMENTS CORPORELS

**S.V.P. COCHER PAR UN X TOUT SIGNE DE DYSFONCTION OU DE MALADIES QUI SUIVENT QUE L'ENFANT
A. ENCERCLER CELLES QU'IL(ELLE) A EU(E) DANS LES 6 DERNIERS MOIS**

Tête/Cou

- Perte de vision / vision floue
- Surdité/acouphènes
- Maux d'oreilles
- Mal de gorge / amygdale
- Problèmes de thyroïde
- Problèmes de sinus
- Allergies environnementales

Système cardiovasculaire

- Douleur dans la poitrine
- Souffle court
- Médicament pour le cœur
- Jambes enflées

Système respiratoire

- Bronchites fréquentes
- Historique de pneumonie
- Toux chronique
- Cracher du flegme / sang
- Difficultés respiratoires
- Tuberculose
- Pneumonie
- Asthme

Système digestif

- Brulement d'estomac
- Crampes abdominales
- Constipation/diarrhée
- Allergies alimentaires:

- Intolérances alimentaires:

- Syndrome du côlon irritable
- Maladie de Crohn
- Ulcère
- Rots/gas
- Nausée et vomissement
- Problème de foie / bile
- Trouble de côlon
- Selles foncées / sang dans
les selles

Système locomoteur

- Articulations douloureuses
- Muscles douloureux
- Tendinites (location) _____
- Maux de tête/migraine
- Maux de cou
- Tension dans les épaules, G D
- Engourdissements: bras / mains G D
- Engourdissements: jambes / pieds G D
- Mal de dos (milieu) / raideur
- Mal de dos (bas) / raideur
- Scoliose/courbature de la colonne
- Mauvaise posture
- Douleur au coccyx
- Problèmes de pieds

Symptômes généraux

- Fièvre / frisson / sueurs
- Rhumes fréquents
-  vanouissements/vertiges
- Convulsions
- Problèmes de peau
- Tremblements
- Perte de l'équilibre
- Perte/gain de poids inexplicable
- Anémie
- Alcoolisme
- VIH / SIDA
- Perte de sommeil
- Déficit de mémoire/concentration
- Difficultés d'apprentissage
- Irritation / Nervosité / Tension
- Dépression / Problèmes  motionnels
- Anxiété
- Baisse d'énergie / fatigue
- Fatigue / léthargie
- Maladies auto-immunes
- Prise d'antibiotiques
- Cancer: _____
- Autres: _____

CONSENTEMENT

Quand une personne recherche des soins de santé chiropratique et quand un chiropraticien accepte une personne pour de tels soins, il est essentiel que les deux parlent et travaillent pour le même objectif. La Chiropractie ne traite pas des maladies ou les symptômes. La chiropractie a un seul objectif:

Localiser, analyser et corriger LES INTERFÉRENCES VERTEBRALES du système nerveux

Le but du système nerveux est de contrôler et de coordonner toutes les fonctions corporelles. Les interférences à ce système principal génèrent automatiquement un mauvais fonctionnement de l'organisme. La subluxation (désalignement vertébrale produisant une interférence nerveuse), en soi, est un préjudice à la vie et la santé. Correction de la subluxation par un ajustement chiropratique spécifique permet au corps de fonctionner à son niveau optimal. Cela permet à la puissance de guérison innée du corps à travailler à un maximum d'efficacité pour restaurer, maintenir et promouvoir la santé.

Je demande et je consens à l'exécution de procédures chiropratique incluant radiographies, si nécessaire, par le docteur et / ou toute personne travaillant dans cette clinique autorisé par le docteur.

J'aurai l'occasion de discuter avec le médecin et / ou le personnel sur la nature et le but des ajustements chiropratiques et autres procédures, ainsi que toutes les questions que j'ai au sujet de technique spécifique effectuée. Je comprends que les résultats attendus ne sont pas garantis, puisque chaque personne est unique.

En outre, je comprends et je suis au courant que, comme dans tous les soins de santé, lors de la pratique de la manipulation par les médecins, les physiothérapeutes et les chiropraticiens il y a des risques très faibles et minimaux aux soins, y compris, mais sans s'y limiter: les tensions musculaires et les entorses mineures, fractures des côtes, les blessures de disque et les accidents vasculaires cérébraux (AVC). La meilleure preuve scientifique actuelle montre que le risque de blessures graves ou la mort de l'aspirine est de 1 sur 2 500; le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) de contraceptifs oraux est de 1 sur 25 000; le risque d'AVC dans la population générale est de 1 sur 175 000 ; le risque d'AVC de la manipulation est de 1 sur 5 850 000. Je ne m'attends pas que le docteur soit en mesure d'anticiper et d'expliquer tous les risques et les complications, et je souhaite compter sur le docteur d'exercer son jugement au cours de la procédure, et que ces faits et gestes soient fondés sur les faits alors connus, et dans mon meilleur intérêt.

J'ai lu le consentement ci-dessus. Je vais avoir l'occasion de poser des questions sur son contenu, et en le signant ci-dessous j'accepte les procédures ci-dessus nommées. J'accepte que ce formulaire de consentement s'applique à la totalité du cours des soins présents et futurs.

Je comprends que le but de la visite d'aujourd'hui est de déterminer si je suis un candidat pour les soins chiropratiques et que je suis responsable de tous les frais convenus entre moi et le docteur traitant. Tous les frais d'examen me seront expliqués avant que tout test soit effectué.

À REMPLIR PAR LE PARENT/GAURDIEN :

SIGNATURE DU PARENT/GAURDIEN

NOM DU PARENT/GAURDIEN EN LETTRES

DATE DE SIGNATURE

TÉMOIN