



**22 Chemin Old Chelsea**  
 Chelsea, QC  
 J9B 1K9  
 (819) 827-4499  
 www.maisonchiropratique.com



## Formulaire pour les nouveaux Petits

**Date:** \_\_\_\_\_

Avant de commencer, nous aimerions savoir à qui nous devons un immense MERCI! pour t'avoir référé à nous : \_\_\_\_\_

S'il-te-plaît, remplir toutes les questions au mieux de tes connaissances. Maman et/ou Papa peuvent t'aider. Ne t'en fais pas, ces questions seront révisées avec toi par Dre Martine.

Merci!

### Informations personnelles

*(Complètes à l'encre s'il-te-plaît)*

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom de famille: \_\_\_\_\_

Nom du parent 1/tuteur: \_\_\_\_\_ Nom du parent 2: \_\_\_\_\_

Genre :  F  M  Autre

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone Résidence: \_\_\_\_\_ Travail du parent : \_\_\_\_\_

Cellulaire du parent: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Peut-on vous envoyer un courriel cette adresse?  Oui  Non

De quelle manière préfères-tu qu'on te rappelle ton rendez-vous?

Téléphone  Courriel

Numéro d'assurance Maladie du Québec : \_\_\_\_\_ Exp \_\_\_\_\_

As-tu un pédiatre? Si oui, quel est son nom? \_\_\_\_\_

Tu es en quelle année? \_\_\_\_\_

À quelle école? \_\_\_\_\_

Quels sont les noms de tes frères ou de tes soeurs et leurs âges?

\_\_\_\_\_

## Histoire actuelle

Raconte-nous ton histoire... Si tu consultes pour une santé optimale, racontes-nous ce que tu as fait déjà pour améliorer cet état. Si tu consultes pour un état particulier, racontes-nous comment tu penses que ça a commencé et ce que tu as eu à traverser depuis. Tu peux ajouter d'autres feuilles au besoin.




As-tu consulté un (e) autre spécialiste pour la même raison qui t'amène ici?

Non

Oui Si oui, qui? \_\_\_\_\_ Quand? \_\_\_\_\_  
Et quel en a été le résultat? \_\_\_\_\_

As-tu déjà reçu des soins chiropratiques?

Non

Oui Si oui, qui était ton (ta) chiropraticien(ne)? \_\_\_\_\_

Date du dernier ajustement: \_\_\_\_\_

Qu'as-tu aimé le plus aimé de ces soins? \_\_\_\_\_

Qu'as-tu aimé le moins aimé de ces soins? \_\_\_\_\_

## Objectifs secondaires

Y a-t-il d'autres raisons pour lesquelles nous pourrions t'être utiles et que tu aimerais que nous regardions avec toi éventuellement?


## Histoire de vie

Combien de temps a duré ta grossesse?

Est-ce que Maman a pris des médicaments et/ou des vitamines durant la grossesse?

Si oui, lesquels?: \_\_\_\_\_

Es-tu né à

La maison       La maison des naissances       L'hôpital, lequel? \_\_\_\_\_

Combien de temps a duré ton accouchement, depuis le début du travail? \_\_\_\_\_

As-tu été victime de traumatismes à la naissance tels

Induction (travail provoqué)       Césarienne       Autre  
 Périurale/épidurale/anesthésie       Forceps ou ventouse

As-tu été séparé de Maman à ta naissance?       Oui       Non

As-tu reçu vitamine K?       Oui       Non

Érythromycine (onguent antibiotique dans les yeux)?       Oui       Non

Poids à la naissance: \_\_\_\_\_      Grandeur à la naissance: \_\_\_\_\_

APGAR à la naissance: \_\_\_\_\_

Poids actuel: \_\_\_\_\_      Grandeur actuelle: \_\_\_\_\_

As-tu présenté une jaunisse ? \_\_\_\_\_      une cyanose(bleu)? \_\_\_\_\_

As-tu une ou des anomalies congénitales?  Non

Oui      Lesquelles: \_\_\_\_\_

As-tu été allaité (ou l'es-tu encore)?

Oui      pendant combien de temps l'as-tu été? \_\_\_\_\_

Est-ce que ça va bien/allait bien des deux seins? \_\_\_\_\_

Non      quel type de lait as-tu bu? \_\_\_\_\_

À quel âge as-tu commencé à:

Manger? \_\_\_\_\_      Et quel aliment as-tu mangé en premier? \_\_\_\_\_

Marcher à quatre pattes? \_\_\_\_\_

Est-ce que c'était avec les genoux et les mains par terre? \_\_\_\_\_

Marcher debout? \_\_\_\_\_

As-tu reçu les vaccins de routine?       Oui       Non

As-tu souffert de réactions adverses aux vaccins?       Non

Oui      Décrire brièvement: \_\_\_\_\_

As-tu déjà...

Été opéré?  Non

Oui      Quand et pourquoi? \_\_\_\_\_

Été victime de chutes, de collisions automobiles ou de blessures?  Non  
 Oui Quand et décrire brièvement: \_\_\_\_\_

Subi des fractures ou des pertes de conscience?  Non  
 Oui Quand et décrire brièvement: \_\_\_\_\_

Été hospitalisé?  Non  
 Oui Quand et pourquoi? \_\_\_\_\_

### Antécédents familiaux

Est-ce que ton père et ta mère sont en bonne santé?  Oui  
 Non Spécifies brièvement: \_\_\_\_\_

Si tu as des frères et des soeurs, sont-ils en bonne santé?  Oui  
 Non Spécifies brièvement: \_\_\_\_\_

### Style de vie

Prends-tu des médicaments (drogues) ?  Non  
 Oui lesquels? \_\_\_\_\_ Depuis quand et à quelle dose? \_\_\_\_\_

As-tu pris des antibiotiques avant l'âge de un an?  
 Oui  Non

Prends-tu des suppléments, incluant les vitamines?  Non  
 Oui lesquels? \_\_\_\_\_ Depuis quand et à quelle dose? \_\_\_\_\_

Prends-tu des boissons gazeuses?  Non  
 Oui combien? \_\_\_\_\_

Selon toi, bois-tu suffisamment d'eau?  Oui  Non  Je ne sais pas  
Combien de verres d'eau bois-tu par jour? \_\_\_\_\_

Fais-tu de l'exercice régulièrement?  Non  
 Oui quoi? \_\_\_\_\_ Combien de fois par jour ou par semaine? \_\_\_\_\_

Bébé est-ce qu'on te mettait sur ton ventre et est-ce que tu aimais ça? \_\_\_\_\_

Combien d'heures de sommeil dors-tu par nuit? \_\_\_\_\_

Fais-tu des siestes dans la journée?  Oui  Non  
Ton sommeil est bon? \_\_\_\_\_

Dans quelle position est-ce que tu dors? \_\_\_\_\_

Est-ce que tu dors dans ta chambre à toi tout seul? \_\_\_\_\_

Est-ce que tu as un oreiller? \_\_\_\_\_

Considères-tu ton alimentation comme bonne?  Oui  Non Es-tu végétarien? \_\_\_\_\_

Manges-tu du poisson, et si oui à quelle fréquence? \_\_\_\_\_

Combien de portions de lait de vache prends-tu par jour? \_\_\_\_\_

Combien de sucreries, incluant les desserts prends-tu par jour? \_\_\_\_\_

Manges-tu souvent...

- des plats cuisinés à la maison     des repas au restaurant  
 des plats préparés d'avance au magasin?

Qu'est-ce que tu aimes le plus faire?

---

## Revue des systèmes

Souffres-tu de difficultés au niveau...

- Des yeux – infections récurrentes, strabisme, myopie, presbytie, etc.
- Des oreilles – otites, problèmes d'audition, entendre des bruits constants, etc.
- Du nez ou des sinus – congestion, rhumes fréquents, sinusites à répétition, allergies, etc.
- De la bouche ou de la gorge – abcès, maux de gorge fréquents, etc.
- De la digestion – coliques, reflux acides, difficulté à digérer certains aliments, allergies...
- De l'élimination – diarrhée/constipation fréquente, pipi au lit, douleur lors de pipi, etc.
  - Les selles sont à quelle fréquence?
  - Es-tu propre, de jour et de nuit?
- Des poumons et de la respiration – difficulté à respirer, bronchite chronique, asthme, etc.
- Du coeur – problèmes cardiaques, sensation de pression au niveau de la poitrine, etc.
- Du système nerveux ou vasculaire – maux de tête, migraines, étourdissements, évanouissements, tremblements, engourdissements, perte de mémoire, etc.
- De la peau – irritations fréquentes, boutons/plaques inhabituelles, psoriasis, eczéma, etc.
- Du système osseux et articulaire – douleur aux articulations, douleurs de croissance, etc.
- De la santé émotionnelle et psychologique – face à la maison, à l'école, aux amis, à la perte d'un proche, dépression, irritabilité, fatigue, nervosité, hyperactivité, etc.



<b>Attentes</b>
-----------------

Quelles sont tes attentes en venant ici ?


Désires-tu recevoir des soins...

- Symptomatiques pour diminuer la douleur
- Pour restaurer ta santé
- Pour maintenir ta santé
- Pour augmenter ton niveau de bien-être (mieux-être)



La Santé et la Qualité de vie sont parmi les biens les plus précieux dans ce monde – TA SANTÉ ET CELLE DE TA FAMILLE. La Chiropratique est là pour Toi. Les ajustements vont t’aider à exprimer ton plein potentiel de vie et à mieux grandir. Lorsque tu reçois un ajustement chiropratique, le travail ne fait que commencer. Dans les heures et les jours suivants ton ajustement, ton Intelligence Innée continuera à travailler en utilisant les informations reçues lors de l’ajustement afin de t’améliorer et de t’aider. À la Maison Chiropratique Petits et Grands, nous ajustons des personnes et le corps décide, grâce à son Intelligence Innée, ce qui doit être fait, et ce qui peut encore être fait. Nous travaillons donc en harmonie avec ta sagesse intérieure. Cependant, cette démarche implique que toi aussi tu reprennes le contrôle de ta vie et de ta santé, et que tu acceptes de t investir à assister ton “Docteur à l’Intérieur de Toi”. Tu es un super héros en-dedans! Je reconnais que les renseignements fournis sont exacts au mieux de mes connaissances et je consens à recevoir les examens nécessaires pour évaluer ma condition.

---

**Signature du parent**

---

**Date**