

FORMULAIRE POUR ENFANT

RENSEIGNEMENTS

Nom du patient _____ Prénom _____ Sexe : M F

Adresse _____ Ville _____

Code postal _____ Tél. résidence (____) _____ Tél. travail parent (____) _____

Date de naissance _____ / _____ / _____ Âge _____ an(s) _____ mois Nom du parent _____
année / mois / jour

Nom du MD et adresse : _____

Date dernière visite MD et motif : _____ Qui nous a recommandés ? _____
Nom

Ou par quelle publicité? Pages Jaunes Journal Enseigne Autre : _____

Soins chiropratiques antérieurs : Oui Non

Date de la dernière visite _____ / _____ / _____

Nom du chiropraticien : Dr(e) _____

Prise de radiographies : Non Oui

Frère(s) ou sœur(s)? Non Oui

Âge _____ an(s) Prénom _____

Âge _____ an(s) Prénom _____

Âge _____ ans(s) Prénom _____

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1. 1- Vérification préventive

2- _____ Depuis quand ? _____ 1^{er} épisode? Oui Non

2. Comment ce problème est-il survenu ? Graduellement Subitement Trauma (accident) Ne sais pas

3. Le problème est présent depuis ou par période de...? _____ minutes / heures / jours / mois / années

4. Le problème principal est ... ? Constant Intermittent Occasionnel Cyclique

5. Comment évolue-t-il ? S'améliore S'aggrave
 Ne change pas

6. Facteurs déclenchants ? _____

7. Facteurs aggravants ? _____

8. Facteurs atténuants ? _____

9. Avez-vous déjà consulté pour ce motif ? Non
 Chiropraticien Médecin Autre : _____

10. Habituellement, dort - il (elle) sur ...

Le dos Le côté Le ventre

11. Porte-t-il (elle) ?

Une talonnette Des orthèses plantaires

12. Quelle est la sévérité du problème? (encerclez)

😊 ▶ ▶ ▶ ▶ ▶ ☹️ ▶ ▶ ▶ ▶ ▶ ☹️

13. Y a-t-il d'autres motifs de consultation?

Non

Oui, précisez : _____

14. Votre enfant a-t-il déjà souffert de :

N O

- Rougeole
- Rubéole
- Coqueluche
- Varicelle
- Roséole
- Oreillons
- Tuberculose
- Méningite
- Convulsions
- Étourdissements
- Névrite
- Anémie
- Perte d'appétit
- Diabète
- Maux de tête
- Douleur au cou
- Douleur au dos
- Douleur articulaire
- Douleur de croissance
- Crampes musculaires
- Arthrite
- Trouble orthopédique
- Trouble de marche
- Hernie discale

N O

- Stabisme
- Fracture d'os
- Problème au bras
- Problème de jambe
- Asthme
- Troubles de sinus
- Otites
- Rhume / Grippe
- Fièvres rhumatismale
- Troubles cardiaques
- Diarrhée
- Constipation
- Trouble du comportement
- Hyperactivité
- Trouble d'apprentissage
- Énurésie (pipi au lit)
- Troubles digestifs
- Ballonnements, gaz
- Épilepsie
- Troubles de vue
- Troubles de l'ouïe
- Glande thyroïde
- Cancer
- Démangeaisons

DÉVELOPPEMENT DURANT LA GROSSESSE

1. Durée de la gestation : _____ semaines
2. La mère a-t-elle souffert de :
 Diabète de grossesse Pré-éclampsie Éclampsie
3. La mère a-t-elle été suivie par : Sage-femme Médecin
4. A-t-elle eu des difficultés durant la grossesse?
 Non Oui, précisez : _____

NAISSANCE

1. Lieu : Domicile Maison naissance Hôpital
2. Quelle était la présentation du bébé?
 Tête Visage Siège Autre _____
3. Combien de temps a duré le travail? _____ heure(s)
4. Combien de temps a duré la poussée? _____
5. A-t-on eu recours à : Péridurale? Césarienne?
 Accouchement déclenché?
6. Est-ce que la tête a été tirée? Non
Si oui: Forceps Ventouses Extraction manuelle
7. Difficulté durant l'accouchement? Non Oui,

8. Médication utilisée durant le travail / accouchement?
 Non Oui, _____
9. Complication à la naissance? _____
10. APGAR à la naissance? _____
11. APGAR après la naissance? _____
12. Poids à la naissance _____ Grandeur _____
13. Condition de l'enfant à la naissance?
 Jaunisse Infection Autre _____
14. Est-ce que l'enfant était alerte et réactif dans les 12 heures suivant la naissance? Non Oui
15. Portait-il des marques de trauma? Non Oui

CROISSANCE ET DÉVELOPPEMENT

1. Difficulté durant l'allaitement ou biberon?
 Non Oui, précisez _____
2. Son sommeil est : Bon Moyen Agité
3. Dodo : _____ hrs / nuit Siestes : _____ hrs / jr
4. À quel âge l'enfant a-t-il commencé à :
Vocaliser : _____ Tenir sa tête : _____
S'asseoir seul : _____ Percer ses dents : _____
Marcher à 4 pattes : _____ Marcher : _____

ENVIRONNEMENT BIO-CHIMIQUE

1. L'enfant a-t-il été allaité? Non Oui, pendant _____
2. Formule introduite à quel âge? _____
3. Type de formule : _____
4. L'enfant boit-il du lait de vache? Non Oui
5. À quel âge a-t-il commencé les solides? _____
6. Quel a été le premier aliment introduit? _____
7. L'enfant a-t-il des allergies? Non Oui
8. Durant la grossesse, la mère a-t-elle :
Fumé? Non Oui Bu de l'alcool? Non Oui
Eu des traumatismes (chutes, accidents)? Non Oui
Eu des maladies? Non Oui _____
Pris des suppléments? Non Oui _____
Pris des médicaments / drogues? Non Oui _____
Eu des échographies? Non Oui, combien? _____
Eu des procédures invasives (ex : amniocentèse)?
 Non Oui _____
9. Y a-t-il à la maison... Des fumeurs? Des animaux?
10. L'enfant a-t-il été vacciné? Non Oui
11. A-t-il eu des réactions au vaccin? Non Oui
12. L'enfant a-t-il déjà consommé des antibiotiques?
 Non Oui, _____ fois. Pourquoi? _____
13. L'enfant prend-t-il une médication? Non Oui
14. L'enfant a-t-il eu une chirurgie? Non Oui
15. L'enfant a-t-il déjà été traité d'urgence?
 Non Oui, précisez _____

TRAUMATISMES PHYSIQUES

1. L'enfant a-t-il été impliqué dans un accident d'auto en tant que passager? Non Oui _____
2. L'enfant a-t-il subi une chute (table à langer, lit, divan)?
 Non Oui, précisez _____
3. Sports / activités de l'enfant : _____ heures / sem.
Types : _____
4. Nombre d'heure(s) passées devant l'ordinateur et/ou la télévision chaque semaine : _____ heure(s) / sem.

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts et complets et je consens à ce que mon enfant subisse les examens nécessaires. Les radiographies sont la propriété de la clinique.

Signature : _____ Date : _____

CONSENTEMENT À UN TRAITEMENT CHIROPATRIQUE

Il est important pour vous de considérer les bienfaits, risques et alternatives aux choix de traitement proposés par votre chiropraticien(ne), de connaître la procédure des traitements proposés et que vous soyez bien informé avant de débiter le traitement, conformément à l'article 43 du *Code de déontologie des chiropraticiens*.

Le traitement chiropratique peut comprendre l'ajustement, la manipulation et la mobilisation de la colonne vertébrale et des autres articulations du corps, des techniques de relâchement des tissus mous (muscles et autres tissus de soutien) et d'autres modalités de traitement telles que l'électrothérapie ou la thérapie au laser et la prescription d'exercices.

Bienfaits

Le traitement chiropratique a été démontré efficace pour différentes problématiques affectant le cou, le dos et autres régions du corps qui sont causés par une dysfonction des nerfs, des muscles, des articulations et des autres tissus connexes. Le traitement prodigué par votre chiropraticien(ne) peut soulager la douleur, y compris les maux de tête, les engourdissements ou autres sensations anormales, la raideur musculaire et les spasmes. Le traitement chiropratique peut aussi augmenter la mobilité, améliorer le fonctionnement des articulations, des muscles et du système nerveux ainsi que réduire ou éliminer le besoin de médicaments ou de chirurgie.

Risques

Les risques associés au traitement chiropratique varient selon la condition de chaque patient, la partie du corps traitée et le type de traitement prodigué.

Les risques incluent:

- **Aggravation temporaire des symptômes** – En général, toute augmentation de symptômes préexistants, de douleur ou de raideur ne durera que de quelques heures à quelques jours.
- **Irritation cutanée ou brûlure** – Les irritations cutanées ou les brûlures peuvent résulter de l'utilisation de certains appareils d'électrothérapie ou de laser. Une irritation cutanée devrait disparaître rapidement. Une brûlure peut laisser une cicatrice permanente.
- **Élongation musculaire ou ligamentaire** – Normalement, une élongation musculaire ou ligamentaire guérira en quelques jours ou quelques semaines avec un peu de repos, une protection de la partie affectée et d'autres soins mineurs.
- **Fracture d'une côte** – Une côte fracturée est douloureuse et peut limiter vos activités pendant un certain temps. Ce problème guérit généralement de lui-même en quelques semaines, sans nécessiter de traitement ou d'intervention chirurgicale.
- **Blessure ou aggravation d'un problème discal** – Au fil du temps, les disques de la colonne vertébrale peuvent subir une dégénérescence ou être endommagés. La dégénérescence est causée par le vieillissement, tandis que les dommages peuvent résulter de gestes quotidiens courants, tels que se pencher ou soulever un objet. Les patients ayant déjà un disque endommagé ou affecté par la dégénérescence n'ont pas forcément de symptômes. Ils peuvent même ne pas savoir qu'ils ont un problème discal. Ils peuvent aussi ne pas savoir que leur état s'aggrave parce que leurs problèmes au dos ou au cou ne sont pas très fréquents.

Le traitement chiropratique ne devrait pas causer de dommages à un disque qui n'est pas endommagé ou affecté par la dégénérescence. Le traitement pourrait toutefois aggraver un problème préexistant, au même titre que toute autre activité de la vie quotidienne. Les conséquences d'une blessure à un disque ou de l'aggravation d'un problème préexistant varieront pour chaque patient. Dans les cas les plus graves, les symptômes du patient peuvent inclure la perte de mobilité du dos ou du cou, des engourdissements dans les jambes ou les bras, des troubles des fonctions intestinales ou urinaires ou des troubles de la mobilité des jambes ou des bras. Une intervention chirurgicale pourrait être nécessaire.

- **ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC)** – Bien que les données médicales et scientifiques actuelles ne permettent pas d'établir que le traitement chiropratique puisse causer des dommages à une artère ou un AVC, dans de rares cas, un traitement chiropratique a été associé à un AVC. Toutefois, ces cas peuvent s'expliquer par la présence d'une artère déjà endommagée ou le fait que le patient progressait vers un AVC au moment où il a consulté un chiropraticien.

Plusieurs activités de la vie quotidienne impliquant des mouvements banals du cou ont aussi été associées à des AVC. Ceux-ci résultent d'une artère endommagée dans le cou ou d'un caillot déjà présent dans l'artère, qui se détache et qui monte vers le cerveau.

Le sang arrive au cerveau par deux groupes d'artères qui passent par le cou. Le vieillissement, la maladie ou une blessure peuvent affaiblir ou endommager ces artères. Un caillot sanguin peut se former dans une artère endommagée. Le caillot, en entier ou en partie, peut se détacher de la paroi de l'artère et monter vers le cerveau, où il peut interrompre le flux sanguin et provoquer un AVC.

Les conséquences d'un AVC peuvent être très graves, y compris des troubles importants de la vue, du langage, de l'équilibre et des fonctions cérébrales, ainsi que la paralysie ou la mort.

Choix alternatifs

Les choix alternatifs au traitement chiropratique peuvent inclure la consultation d'autres professionnels de la santé. Votre chiropraticien(ne) peut aussi recommander une période de repos sans traitement ou des exercices avec ou sans traitement.

Questions ou inquiétudes

Nous vous encourageons à poser des questions, en tout temps, sur votre évaluation et votre traitement. N'hésitez pas à mentionner à votre chiropraticien(ne) toute inquiétude que vous pourriez avoir. Si vous ne vous sentez pas à l'aise, vous pouvez interrompre le traitement en tout temps.

Votre santé vous concerne, soyez-en responsable. Avisez sans délai votre chiropraticien(ne) de tout changement de votre état de santé.

NE SIGNEZ PAS CE FORMULAIRE AVANT D'AVOIR RENCONTRÉ VOTRE CHIROPRACTICIEN(NE)

Je reconnais avoir discuté de mon état de santé et avoir été informé(e) de la nature du problème à traiter par mon (ma) chiropraticien(ne), de la procédure des traitements qu'il (elle) me propose ainsi que de ses bienfaits potentiels et de ses risques.

Je déclare avoir été informé d'alternatives aux traitements proposés.

Je déclare avoir reçu les informations et explications nécessaires pour donner un consentement libre et éclairé aux traitements proposés par mon (ma) chiropraticien(ne).

Je déclare avoir été informé(e) que je peux en tout temps révoquer mon consentement et que tout changement significatif dans le plan de traitement qui m'est proposé sera soumis à un consentement distinct de ma part.

Nom complet du patient en lettres moulées

Signature du patient (ou du tuteur)

Date de naissance du patient

Nom complet du (de la) chiropraticien(ne) en lettres moulées

Signature du (de la) chiropraticien(ne)

Date

_____20_____



Politiques de la clinique

Pour que votre visite à la clinique soit une expérience unique et des plus agréables, nous vous demandons de prendre connaissance des informations suivantes.

1- Confidentialité

Par respect pour vous, et selon le code de déontologie de l'Ordre des Chiropraticiens du Québec, toutes les informations divulguées lors des consultations demeurent confidentielles. Bien que le bouche-à-oreille soit notre meilleure publicité, nous ne pouvons pas vous dire qui nous a consultés ni fournir aucun détail concernant les autres patients.

Par contre, vous pouvez nous autoriser à communiquer avec les autres professionnels de la santé que vous consultez (indiquez le nom de la clinique ainsi que les coordonnées de celle-ci si possible) :

J'autorise Dr Julien Crête-Piché et Dr Christophe Gaudreault, chiropraticiens, à communiquer avec les personnes suivantes au sujet de mon dossier, l'objectif étant d'obtenir en tout temps les traitements les plus appropriés.

- *Mon médecin:* _____
- *Autre professionnel de la santé :* _____

Nom patient(e)

Signature patient(e)

2- Ambiance et propreté des lieux

Par respect pour les autres patients, veuillez éteindre votre cellulaire en entrant dans la clinique. Si vous attendez un appel urgent, veuillez sortir de la clinique pour le compléter.

Afin de garder les lieux propres, nous vous demandons de retirer vos bottes, chaussures ou sandales à votre arrivée. Des pantoufles sont disponibles à l'entrée.

3- Annulations, retards et oublis

Le respect de la fréquence de vos soins est un critère important pour obtenir des résultats optimaux. Toutefois, si vous ne pouvez pas vous présenter à votre rendez-vous, avisez-nous le plus rapidement possible. De cette façon, nous pourrions offrir cette disponibilité à quelqu'un qui en a besoin et peut-être même vous offrir un rendez-vous à un autre moment de la journée.

Nous nous réservons le droit de facturer des frais de 40 \$ pour les visites annulées ou manquées sans un préavis de 24 heures.



4- Tarifs, paiements et formulaires d'assurance

- Évaluation initiale et ouverture de dossier adulte / enfant : 70 \$ / 65 \$
- Ajustement adulte / enfant : 60 \$ / 55 \$
- Réévaluation : 40 \$

Les honoraires sont payables en argent, par chèque ou par débit à chaque visite. Vos formulaires d'assurance vous seront remis à votre demande.

5- Rappel des rendez-vous

Nous vous offrons un service de rappel via Opus Time. Une fois votre rendez-vous pris en ligne. Vos coordonnées (téléphone cellulaire et courriel) seront inscrites dans le système et vous devriez recevoir une confirmation lors de la prise de rendez-vous. Un rappel se fera aussi en avant-midi la journée précédent le rendez-vous.

6- Communications

Pour obtenir plus d'information sur la santé, nos services et nos promotions, vous pouvez nous suivre sur Facebook. Éventuellement, une infolettre sera aussi mise en place. Souhaitez-vous recevoir ces informations?

- *Oui, je désire recevoir des informations de la clinique à l'adresse courriel suivante :*

- *Non, je ne souhaite pas recevoir de communications de la clinique.*

Signature : _____

Date : _____

Merci de votre confiance et au plaisir de vous aider!

Dr Julien Crête-Piché, chiropraticien

Dr Christophe Gaudreault Chiropraticien