3340 de la Pérade, Québec, 418-653-7493

www.chiroduplessis.com

**Formulaire d’accueil**

**Nom** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Prénom** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sexe**: ❒ F ❒ M

**Adresse** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ville** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Code postal** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🕿 **Maison** : (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🕿 **Travail** : (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🖳 **Cellulaire** : (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Courriel** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date de naissance** : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ **Âge** : \_\_\_\_\_\_\_\_

j m a

**Parents :** ❒ mariés ❒divorcés ❒célibataire **Nom du père** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nom de la mère : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de frère(s)/sœur(s)** : \_\_\_\_\_\_\_\_ **Prénom(s)** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Âge** : \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

**Qui pouvons-nous remercier de vous avoir référé à notre clinique ?**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ parent ❒ ami ❒ professionnel

**Notre clinique vous est connue par** : ❒ Pages jaunes ❒ Web ❒ Enseigne ❒Publicité ❒Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*SVP, veuillez remplir ce questionnaire au meilleur de vos connaissances. Il a pour but d’aider votre chiropraticien(ne) à évaluer votre état de santé physique, émotionnelle et mentale et à déterminer vos besoins à court et à long terme.*

**PARTIE I : Les raisons pour lesquelles vous êtes à notre clinique**

Inscrivez le **motif principal** de votre consultation :

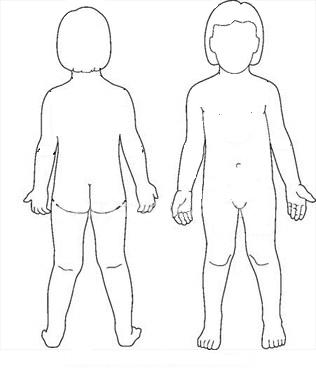
❒ Problème de santé ❒ Vérification préventive (veuillez passer aux « antécédents de santé » en page 2)

Décrivez brièvement  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inscrivez les autres motifs *qui vous préoccupent* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Encerclez sur ce schéma les régions problématiques :

Avez-vous consulté un autre docteur/praticien pour cette condition ?

❒ Non ❒ Oui

Qui ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avis/donné/traitement reçu ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Résultats obtenus ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quand et comment cette condition a-t-elle commencé ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’enfant a-t-il déjà souffert du même problème par le passé ?

❒ Non ❒ Oui Quand ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La condition : ❒ Va en s’améliorant ❒ Est stable ❒ Va en s’empirant

Qu’est-ce qui aggrave la condition ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qu’est-ce qui calme la condition ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La douleur / symptôme interfère avec : ❒ Développement de l’enfant ❒ Son sommeil ❒ Sa vie sociable

❒ Relation avec la famille ❒ Activités récréatives

Ce problème vous préoccupe-t-il ou préoccupe-t-il l’enfant ? ❒ Non ❒ Oui

En quoi ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Selon vous, pourquoi ce problème arrive-t-il à votre enfant ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sur une échelle de 1 à 10 (10 étant le plus fort), quel est votre engagement à faire tout ce qui est en votre pouvoir pour

guérir ce problème ? \_\_\_\_\_\_

Quel(s) résultat(s) attendez-vous des soins : ❒ Réduire symptômes ❒ Restaurer santé / corriger la cause

❒ Maintenir la santé ❒ Autre(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Partie II : Antécédents de santé**

**Prénatal**

Âge de la mère lors de la grossesse ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de grossesses précédentes : \_\_\_\_\_\_\_\_

Y a-t-il eu des fausses couches avant ? ❒ Non ❒ Oui Combien ? \_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous utilisé des médicaments, de l’alcool ou fumé durant la grossesse ? ❒ Non ❒ Oui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La grossesse s’est-elle déroulée normalement ? ❒ Oui ❒ Non \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’enfant était-il à terme ou prématuré ? ❒ Terme ❒ Prématuré \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Naissance**

Lieu d’accouchement : ❒ À domicile ❒ Maison de naissance ❒ Hôpital

Durée du travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❒ Spontané ❒ Induit, quel médicament : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naissance : ❒ Naturelle ❒ Césarienne Utilisation de : ❒ Forceps ❒ Ventouse

Utilisation de médicament analgésique ou épidurale ? ❒ Non ❒ Oui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La position in-utéro du bébé était-elle normale ? ❒ Oui ❒ Non \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Poids, taille et score d’Apgar à la naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Néonatal**

Le bébé a-t-il eu besoin d’une réanimation ? ❒ Non ❒Oui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A-t-il eu : ❒ Problème de respiration ❒ Cyanose ❒ Convulsion ❒ Anémie

Souffre-t-il de malformations congénitales ? ❒ Non ❒ Oui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS NUTRITIONNELS ET EXPOSITION CHIMIQUE**

Avez-vous allaité ou allaitez-vous votre enfant au sein ? ❒ Non ❒ Oui Combien de temps ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quand avez-vous introduit de la nourriture solide ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Y a-t-il eu des allergies/intolérances aux aliments introduits ? ❒ Non ❒ Oui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’enfant consomme-t-il beaucoup d’additifs alimentaires ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Habitude alimentaire : ❒ Excellente ❒ Bonne ❒ Moyenne ❒ Mauvaise

L’enfant prend-il des : ❒ Vitamines ❒ Suppléments ❒Herbes ❒ Homéopathie

**Maladie d’enfance et stress chimique**

L’enfant a-t-il eu les maladies d’enfance suivantes :

❒ Varicelle ❒ Rougeole ❒Rubéole

❒ Oreillon ❒ Coqueluche ❒ Hépatite

❒ Otites ❒ Trouble de croissance ❒ Asthme

❒ Colique ❒ Problèmes digestifs ❒ Épilepsie

❒ Bronchite ❒ Maux de tête ❒ Fatigue

❒ Grippe/Rhume chronique ❒ Hyperactivité ❒ Fièvre d’origine inconnue

❒ Problème de peau/eczéma ❒ Problème de tempérament ❒ Torticolis

❒ Rhume des foins ❒ Allergies ❒ Troubles du sommeil

❒ Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? ❒ Non ❒ Oui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? ❒ Non ❒ Oui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’enfant a-t-il été vacciné ? ❒ Non ❒ Oui Vaccins reçus : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comment était l’enfant dans les jours qui ont suivi ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Y a-t-il eu des effets indésirables ? ❒ Non ❒ Oui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous des questions ou préoccupations quant à la vaccination ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Combien de série(s) d’antibiotiques votre enfant a-t-il pris ?

Dans sa vie ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lesquels ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cette année ? \_\_\_\_\_\_\_\_ Lesquels ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A-t-on restauré la flore intestinale après la prise d’antibiotiques ? ❒ Non ❒ Oui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autres médicaments utilisés ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS PHYSIQUES**

L’enfant est-il tombé ou fait un accident des manières suivantes :

❒ Table de changement ❒ Berceau ❒ Escaliers ❒ Accident d’auto

❒ Choc important sur la tête ou visage ❒ Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ORGANISATION NEUROLOGIQUE DE L’ENFANT**

Votre enfant a-t-il rampé et s’est-il déplacé à quatre pattes ? □ Oui □ Non

A quel âge l’enfant a-t-il commencé à marcher ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A quel âge a-t-il été propre ? De jour : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ De nuit : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Souffre-t-il d’émissions involontaires d’urine ? □ Non □ Oui □ Le jour □ La nuit

L’enfant présente-t-il des troubles du sommeil ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’enfant a-t-il sucé son pouce ou d’autres doigts ? □ Non □ Oui Jusqu’à quand ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’enfant a-t-il des problèmes de vue : □ Myopie □ Hypermétropie □ Astigmatisme

□ Strabisme □ Daltonisme

L’enfant a-t-il des problèmes d’audition ? □ Non □ Oui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A quel âge l’enfant a-t-il commencé à parler ses : premiers mots \_\_\_\_\_\_\_\_\_ premières phrases \_\_\_\_\_\_\_\_

L’enfant présente-t-il des troubles du langage ? □ Non □ Oui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’enfant est-il à l’aise dans son corps ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’enfant est-il ? □ Maladroit □ Hyperactif □ Nerveux □ Impatient

A-t-il ? □ Angoisses □ Phobies □ Peurs inexpliquées

L’enfant s’entend-il bien avec les autres enfants de son âge ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comment décririez-vous son comportement à la maison ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pouvez-vous nous signaler d’autres éléments qui nous permettraient de mieux connaître votre enfant ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX ET FACTEURS DE RISQUE NEURO-VERTÉBRAUX**

Dans la famille de l’enfant, y a-t-il des problèmes de :

□ Cancer □ Diabète □ Maladie Cardiaque

□ Allergies, asthme □ Fatigue, dépression □ Problèmes de dos/colonne

□ Arthrose □ Hernie discale □ Tensions vertébrales

D’autres personnes dans la famille souffrent-elles de problème de santé ? □ Non □ Oui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Votre enfant est-il autant en bonne santé aujourd’hui que par le passé ? □ Non □ Ne sais pas □ Oui

Si oui, quelles sont vos stratégies ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Au vu de sa santé actuelle et de son style de vie, pensez-vous que votre enfant pourra être au moins autant en bonne santé, voire en meilleure santé, dans 5 ou 10 ans ? □ Non □ Ne sais pas □ Oui

Si oui, quelles sont vos stratégies pour y parvenir ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**BESOINS ET ATTENTES**

Vos besoins et attentes sont importants pour nous. Merci d’évaluer l’importance que vous attribuez aux choix suivants :

**0 – Pas important 1 – Peu important**

**2 – Important 3 – Très important**

Soulager/réduire les douleurs ou les symptômes \_\_\_\_ Améliorer sa santé physique \_\_\_\_

Corriger les causes des douleurs ou des symptômes \_\_\_\_ Maintenir sa santé \_\_\_\_

Améliorer sa santé psychique/émotionnelle \_\_\_\_ Améliorer sa capacité à résister au stress \_\_\_\_

Mettre en place une hygiène de vie saine \_\_\_\_ Améliorer sa qualité de vie globale \_\_\_\_

Enseigner à son organisme à mieux se guérir \_\_\_\_ Reprendre la contrôle de sa santé \_\_\_\_

Revitaliser périodiquement son organisme \_\_\_\_ Être au meilleur de lui-même/elle-même \_\_\_\_

**Quels sont les domaines où vous pensez avoir besoin d’assistance pour améliorer/entretenir la santé de votre enfant :**

□ Améliorer/optimiser son système immunitaire □ Optimaliser son développement

□ S’alimenter correctement/guérir par la nutrition □ Le stimuler correctement

□ Apprendre à gérer ses problèmes de santé naturellement

Signature du parent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_