



## Fichier personnel - Enfant



Référé par : \_\_\_\_\_

Nom : _____	Date de naissance : _____
Adresse : _____	Apt. _____ Ville : _____
Code postal : _____	Tél. (maison) : (____) _____
Courriel : _____	
Nom des parents : Mère : _____	Tél. (travail) : (____) _____
Père : _____	Tél. (travail) : (____) _____

Écrivez les principaux malaises par ordre d'importance.

---

---

---

---

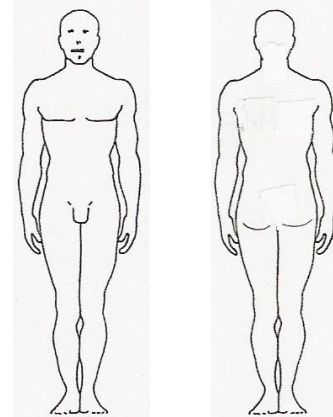
---

---

---

---

Sur ce diagramme du corps humain, encerclez ou marquez d'un X la ou les régions où une douleur ou un malaise est ressenti.



- Le problème de l'enfant est-il relié à une chute ou un accident? OUI  NON
- L'enfant a-t-il subi un examen médical pour son malaise principal? OUI  NON
- L'enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale dans les 6 derniers mois? OUI  NON
- Y a-t-il quelqu'un souffrant d'arthrite vertébrale dans la famille? OUI  NON
- L'enfant a-t-il déjà été impliqué dans un accident automobile? OUI  NON
- Est-ce la première fois que l'enfant consulte un chiropraticien? OUI  NON

Si non, date de la dernière consultation : \_\_\_\_\_

Nom du chiropraticien : \_\_\_\_\_

Résultat du traitement : BON  MOYEN  NUL



**Soulignez les symptômes qui s'appliquent à l'enfant, qu'ils soient présents ou passés :**

Maux de tête	Nervosité	Insomnie	Diabète
Maux de cou	Diarrhée	Constipation	Allergies
Maux de dos	Hémorroïdes	Gaz intestinaux	Enflure des mains
Faiblesse	Palpitations	Boule dans l'estomac	Enflure des pieds
Asthme	Peau sèche	Boule dans la gorge	Facilement essoufflé(e)
Bronchite	Étourdissement	Enflure des joints	Difficulté à uriner
Otites	Évanouissement	Mains et pieds froids	Poussée de fièvre
Chaleur	Amygdalites	Mémoire infidèle	Sang dans l'urine
Engourdissement des mains	Digestion difficile	Épilepsie	Sang dans les selles
Engourdissement des fesses et des jambes			

**Historique familial**

Est-ce qu'un membre de la famille souffre de :

Cancer	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Autres : _____
Diabète	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	_____
Hypertension artérielle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	_____

**Habitudes**

L'enfant dort-il sur le ventre? OUI  NON  Mange-t-il sainement? OUI  NON

Fait-il régulièrement de l'exercice? OUI  NON

Liste des médicaments que l'enfant prend présentement : \_\_\_\_\_

**Consentement au traitement d'un mineur**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, (lien de parenté) \_\_\_\_\_ de l'enfant, déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

J'autorise monsieur \_\_\_\_\_, docteur en chiropratique, ou toute personne qu'il désignera comme assistant, à administrer des traitements quand il en jugera la nécessité à \_\_\_\_\_.  
(le nom de l'enfant)

Ce \_\_\_\_\_<sup>ième</sup> jour de \_\_\_\_\_ .

Signature : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Témoin : \_\_\_\_\_