

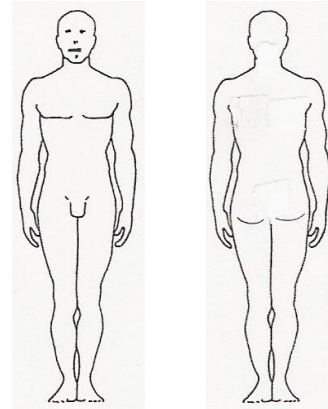
Fichier personnel – 16 à 18 ans

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 malaise sont ressentis.



- Votre problème est-il relié à une chute ou un accident? OUI NON
- Avez-vous subi un examen médical pour son malaise principal? OUI NON
- Avez-vous 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
- Avez-vous déjà été impliqué dans un accident automobile? OUI NON
- Est-ce la première fois que vous consultez un chiropraticien? OUI NON

Si non, la date de votre dernière consultation : _____

Nom du chiropraticien : _____

Résultat du traitement : BON MOYEN NUL

Soulignez les symptômes qui s'appliquent au jeune adulte, 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), _____ déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

J'autorise monsieur Alain Levaque, docteur en chiropratique, ou toute personne qu'il désignera comme assistant, à administrer des traitements quand il en jugera la nécessité à _____
(le nom du jeune adulte)

Signature : _____ Date _____

Témoin : _____