



## La Santé en Soi

Centre chiropratique holistique  
714, rue King Est, suite 210  
Sherbrooke (Qc) J1G 1C4  
819 791-1337

## Identification

Enfant (5 à 13 ans)

*S'il vous plaît, remplir à l'encre*

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Prénom et nom de la mère : \_\_\_\_\_

Prénom et nom du père : \_\_\_\_\_

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

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

Téléphone : maison : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

cellulaire : \_\_\_\_\_ autre : \_\_\_\_\_

Peut-on laisser un message à ces numéros? \_\_\_\_\_

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

Date de naissance : jour / mois / année Âge : \_\_\_\_\_

Rang dans la famille : \_\_\_\_\_

École/garderie fréquentée : \_\_\_\_\_ À quel niveau solaire ? \_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler de La Santé en Soi?

Par ma famille / mes amis (nom : \_\_\_\_\_)

Par un professionnel de la santé (nom : \_\_\_\_\_)

Publicité postale  Pages Jaunes

autre : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien?  oui  non

Quel est son nom? \_\_\_\_\_

À quel sujet? \_\_\_\_\_

À quand remonte le dernier ajustement? \_\_\_\_\_

Avez-vous un médecin de famille / pédiatre?  oui  non

Quel est son nom? \_\_\_\_\_

J'autorise La Santé et Soi à utiliser, de façon anonyme et confidentielle, les informations du dossier à des fins de recherche ou d'éducation.  oui  non

Signature du parent : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_



# La Santé en Soi

Centre chiropratique holistique  
714, rue King Est, suite 210  
Sherbrooke (Qc) J1G 1C4  
819 791-1337

## Motif de consultation

Pour les jeunes (5 à 13 ans)

S'il te plaît, remplis à l'encre

N'écris rien dans les carrés gris

Tes parents peuvent t'aider à répondre aux questions

Nom : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

Pour quelle(s) raison(s) consultes-tu à La Santé en Soi? (Coche un ou plusieurs choix)

- pour soulager une douleur       pour corriger une problématique  
 pour des soins préventifs       pour des soins de mieux-être  
 autre : \_\_\_\_\_

**Encerle** sur le dessin où est ta douleur

**Encerle** le visage que tu fais lorsque tu as mal ou que tu penses à ta douleur

**Combien** de fois par semaine ressens-tu ta douleur?

Jamais 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Toujours

**Encerle** le mot qui décrit le mieux ta douleur

Raideur      Tension      Brûlure  
Aiguilles      Coup de couteau  
Autre : \_\_\_\_\_

Qu'elle est l'intensité de ta douleur? (fais un X sur la ligne)

Aucune douleur - 0 \_\_\_\_\_ 10 + Douleur extrême

**Encerle** ce qui augmente ta douleur :

Être debout      Être assis      Être couché      Autre : \_\_\_\_\_  
Bouger      Ne pas bouger      Jouer  
Mettre du chaud      Mettre du froid      Repos

**Encerle** ce qui diminue ta douleur :

Être debout      Être assis      Être couché      Autre : \_\_\_\_\_  
Bouger      Ne pas bouger      Jouer  
Chaud      Froid      Repos

**Quand** la douleur a-t-elle commencée? \_\_\_\_\_

**Comment** a-t-elle commencée? \_\_\_\_\_

**Encerle** quand tu ressens ta douleur :

Au réveil      Le matin      Le midi      L'après-midi      Le soir      La nuit

Lorsque je joue      Lorsque je me repose      À l'école      Autre : \_\_\_\_\_

Est-ce la première fois que tu ressens ce genre de douleur?

As-tu parlé à une autre personne de cette douleur?

As-tu déjà eu une blessure ou un accident près de l'endroit de ta douleur?

Est-ce qu'il y a d'autres problèmes dont tu souhaites me parler?

J'affirme que les informations précédentes sont complètes et exactes.

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

Signature du chiropraticien : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_



## La Santé en Soi

Centre chiropratique holistique  
714, rue King Est, suite 210  
Sherbrooke (Qc) J1G 1C4  
819 791-1337

## Historique de santé

Enfant (5 à 13 ans)

SVP remplir à l'encre - Ne rien écrire dans les carrés gris

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

### Style de vie

Quel est le groupe alimentaire préféré de votre enfant? \_\_\_\_\_

Quel est le groupe alimentaire qu'il aime le moins? \_\_\_\_\_

Quelle quantité d'eau boit-il par jour? \_\_\_\_\_

Combien de fois par semaine mange-t-il : Au restaurant \_\_\_\_\_ Des repas congelés \_\_\_\_\_

Des repas « maison » \_\_\_\_\_ Des friandises \_\_\_\_\_ Des boissons gazeuses \_\_\_\_\_

Combien d'heures l'enfant dort-il la nuit? \_\_\_\_\_

Combien de siestes l'enfant fait-il par jour environ (et leur durée)? \_\_\_\_\_

Y a-t-il des problèmes associés à la période de sommeil? \_\_\_\_\_

Quelles sont les activités préférées de votre enfant et le temps alloué à chacune?  
\_\_\_\_\_

Combien d'heure par semaine fait-il du sport? \_\_\_\_\_

Quel(s) sport(s) pratique-t-il? \_\_\_\_\_

Est-ce que l'enfant a reçu les vaccins de routine?  oui  non

A-t-il présenté des réactions adverses suite aux vaccins? Si oui, précisez \_\_\_\_\_

### Antécédents personnels

Votre enfant est-il atteint d'une maladie? \_\_\_\_\_

Prend-il des médicaments? Lesquels et pourquoi? \_\_\_\_\_

A-t-il déjà été hospitalisé? (année, durée, raison) : \_\_\_\_\_

A-t-il déjà subi des chirurgies? (année, endroit, raison) : \_\_\_\_\_

A-t-il déjà subi un accident, une chute, un traumatisme ou une blessure? Si oui, quand?  
\_\_\_\_\_

### Antécédents familiaux

Est-ce que les parents de l'enfant ont des maladies connues? \_\_\_\_\_

Est-ce que les frères et sœurs ont des maladies connues? \_\_\_\_\_

### Revue des systèmes Cochez les symptômes qui sont familiaux chez votre enfant :

- |                                                 |                                                |                                                    |                                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fièvre                 | <input type="checkbox"/> Congestion            | <input type="checkbox"/> Diabète                   | <input type="checkbox"/> Engourdissement      |
| <input type="checkbox"/> Perte/gain de poids    | <input type="checkbox"/> Écoulement nasal      | <input type="checkbox"/> Faim/soif excessive       | <input type="checkbox"/> Douleur au cou       |
| <input type="checkbox"/> Fatigue importante     | <input type="checkbox"/> Maux de gorge         | <input type="checkbox"/> Anémie                    | <input type="checkbox"/> Douleur au dos       |
| <input type="checkbox"/> Étourdissement/vertige | <input type="checkbox"/> Trouble cardiaque     | <input type="checkbox"/> Troubles urinaires        | <input type="checkbox"/> Orthèses plantaires  |
| <input type="checkbox"/> Évanouissement         | <input type="checkbox"/> Trouble pulmonaire    | <input type="checkbox"/> Pipi au lit               | <input type="checkbox"/> Anorexie/boulimie    |
| <input type="checkbox"/> Anxiété                | <input type="checkbox"/> Asthme                | <input type="checkbox"/> Problèmes de peau         | <input type="checkbox"/> Insomnie             |
| <input type="checkbox"/> Convulsion             | <input type="checkbox"/> Toux                  | <input type="checkbox"/> Psoriasis/Eczéma          | <input type="checkbox"/> Hyperactivité        |
| <input type="checkbox"/> Troubles oculaires     | <input type="checkbox"/> Troubles rénaux       | <input type="checkbox"/> Troubles thyroïdiens      | <input type="checkbox"/> Maladie héréditaire  |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête           | <input type="checkbox"/> Trouble digestif      | <input type="checkbox"/> Douleur aux articulations | <input type="checkbox"/> Anomalie congénitale |
| <input type="checkbox"/> Maux d'oreille         | <input type="checkbox"/> Constipation/Diarrhée | <input type="checkbox"/> Douleur de croissance     | <input type="checkbox"/> Allergie             |
| <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents       | <input type="checkbox"/> Nausée/vomissement    | <input type="checkbox"/> Raideur                   | <input type="checkbox"/> Autre _____          |

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

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