
Date ouverture dossier



Centre Chiropratique de Granby
14 rue Court Granby Qué J2G 4Y5
Tel : 450-777.3600

Dossier enfant

Prénom _____ Nom _____

Prénom et Nom des parents : _____

Adresse complète _____

_____ Code Postal _____

Téléphone Rés : _____ parents: _____ cell ou travail

Date de naissance : (J/M/A) _____ Âge : _____ Sexe : H F

Nombre de frères et sœurs : _____

Qui vous a parlé de notre clinique : _____

MOTIF DE LA CONSULTATION

1. Quel est le motif principal de la consultation?

Prévention Amélioration de la santé

Autre : précisez : _____

2. Depuis combien de temps cela affecte-t-il l'enfant ? _____

3. L'enfant a-t-il déjà eu un problème semblable ? Non Oui, quand ? _____

4. Avez-vous consulté un autre professionnel de la santé pour ce problème ?
 Non Oui...dans ce cas, lequel ? _____

Espace pour le chiropraticien : _____

NAISSANCE

1. Nombre de semaines de grossesse : _____
2. Naissance : voie naturelle ? Césarienne ?
3. Assistance pour la naissance ? Forceps Ventouse Accouchement provoqué
4. Médication pendant l'accouchement ? Non Oui, laquelle ? _____
5. Durée de l'accouchement ? _____
6. Complications à l'accouchement ? Expliquez : _____

DIVERS

1. Les habitudes de sommeil de votre enfant semblent-elles normales ? oui non, expliquez :

2. Autres problèmes de santé décelés chez votre enfant ? _____

Chez les frères et sœurs ? _____
3. L'enfant a-t-il fait une chute depuis la naissance (table à langer, lit...) ? _____
4. L'enfant a-t-il été hospitalisé ou opéré depuis la naissance ? _____
5. A-t-il eu des fractures ? _____
6. Est-ce que votre enfant a été vacciné : _____
Si oui, effets secondaires ? _____
7. L'enfant a-t-il pris des antibiotiques ? non oui
Si oui, date : _____ raison : _____