



# FORMULAIRE D'OUVERTURE

*Au printemps de la vie, notre mission est de servir avec amour, intégrité et respect des personnes de tout âge et leur famille afin de les aider à cheminer vers la santé optimale grâce aux soins chiropratiques. Votre expérience avec nous ne sera pas seulement une expérience de guérison, mais aussi un apprentissage sur la santé optimale, le pouvoir de guérison naturelle de votre corps et cette merveilleuse philosophie de vie qu'est la chiropratique.*

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Rang de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Nombre de frère(s) et sœur(s) \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Tél. maison : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tél. travail de la mère : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tél. travail du père : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Par qui ou comment avez-vous été référé au centre ? \_\_\_\_\_

Avez-vous une assurance qui couvre les soins chiropratiques?  Oui  Non  ne sait pas

Raison de votre consultation *Au Printemps de la Vie* ? \_\_\_\_\_

Est-ce la première fois que votre enfant rencontre un chiropraticien ?  Non  Oui ;

Nom du chiropraticien \_\_\_\_\_ Date et raison de la visite \_\_\_\_\_

**\*\*Au Printemps de la Vie communiquera à l'occasion avec vous par courriel des informations concernant le suivi chiropratique de votre enfant et la santé optimale. En vertu de la loi anti-pourriel C-28, nous vous demandons votre autorisation afin de procéder avec vous de cette façon (vos informations demeureront en tout temps confidentielles)  J'accepte  Je refuse**

Courriel : \_\_\_\_\_  mère  père  tuteur

## Informations générales

1. Pour quelle(s) raison(s) nous consultez-vous aujourd'hui ?

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

2. Quand avez-vous remarqué ce phénomène pour la première fois ? \_\_\_\_\_

3. Selon vous, quelle est la cause de ce phénomène ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Quels sont les buts que vous voulez atteindre par les services d'Au Printemps de la Vie ? Vous pouvez cocher plus d'une case

mieux-être  correction durable  prévention  soulagement temporaire

Autres objectifs ? \_\_\_\_\_

5. Quel est votre niveau d'engagement par rapport à la santé de votre enfant ?  Élevé  Moyen  Faible

6. Êtes-vous intéressé à en apprendre plus sur la cause des problèmes de santé ?  Oui  Non

## Historique de santé et style de vie

**Expérience de grossesse et accouchement :** *Le premier stress physique pour tous est la naissance (entre 30 et 50 lbs de traction et pression, même pour une naissance sans complication). Un accouchement typique sans complication peut être traumatique pour l'enfant et la mère. Les bébés sont souvent tirés, mis en torsion, parfois à l'aide de ventouses ou forceps, ce qui provoque souvent les premières subluxations. L'expérience de la mère peut également être traumatisante physiquement, chimiquement et émotionnellement.*

### **Pendant la grossesse, est-ce que la mère :**

- 1- fumait ?  Non  Oui : quantité \_\_\_\_\_
- 2- consommait de l'alcool ?  Non  Oui : quantité \_\_\_\_\_
- 3- prenait des médicaments ?  Non  Oui : raison \_\_\_\_\_
- 4- prenait des suppléments alimentaires ?  Non  Oui : lesquels \_\_\_\_\_
- 5- a eu des échographies ?  Non  Oui : combien ? \_\_\_\_\_  
raison \_\_\_\_\_
- 6- a eu d'autres procédures invasives (amniocentèse)  Non  Oui : raison \_\_\_\_\_

### **Pendant le travail :**

- 1- Est-ce que le travail a été provoqué ?  Non  Oui Périurale donnée ?  Non  Oui
- 2- Morphine ou autres médicaments/drogues pendant le travail ?  Non  Oui \_\_\_\_\_
- 3- Y a-t-il eu une épisiotomie ?  Non  Oui
- 4- Durée du travail ? \_\_\_\_\_

### **Naissance :**

- 1- Endroit de la naissance :  maison de naissance  hôpital  autre \_\_\_\_\_
- 2- Type d'accouchement :  naturel  forceps ou ventouses  césarienne  présentation de siège
- 3- Complications durant la naissance ?  Non  Oui \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4- L'accouchement était :  à terme  prématuré (de combien de temps ?) \_\_\_\_\_  
 plus tard que la date prévue (de combien ?) \_\_\_\_\_
- 5- Poids à la naissance \_\_\_\_\_ Grandeur à la naissance \_\_\_\_\_
- 6- Traumatisme durant la naissance :  
 cordon autour du cou  bébé coincé dans le canal vaginal  accouchement très long ou très rapide  
 difficultés respiratoires du bébé  déformation du crâne  fracture ou dislocation
- 7- Est-ce que votre enfant a subi une ou plusieurs de ces interventions:  
 gouttes de nitrate d'argent dans les yeux  injection de vitamine K  vaccin hépatite B  
 incubation : combien de temps \_\_\_\_\_  
 séparation des parents : combien de temps \_\_\_\_\_
- 8- Est-ce que votre enfant était alerte et répondait bien dans les 12 heures suivants la naissance :  Oui  Non  
Si non, expliquez : \_\_\_\_\_

### **Historique de vaccination**

- 1- Vaccination ?  Non  Oui ; lesquels \_\_\_\_\_
- 2- Raison pour la vaccination ou la non-vaccination ? \_\_\_\_\_
- 3- Réactions suite à un vaccin ?  Non  Oui? lesquelles \_\_\_\_\_

## **Historique de stress physiques, chimiques et émotionnels et habitudes de vie**

*Toutes les expériences passées, constructives ou destructives, contribuent à notre santé aujourd'hui. Les stress physiques, biochimiques et émotionnels se cumulent tout au long de la vie et notre corps peut les avoir gardés en mémoire. Notre intention est d'aider votre enfant à se libérer de ses tensions profondes et des stress emmagasinés. Le plus d'informations nous pouvons recueillir, le mieux nous serons en mesure de servir et de respecter le processus de guérison de votre enfant et vos objectifs de santé.*

- 1- Chute(s) du lit, de la table à langer ou autres chutes ?  Non  Oui \_\_\_\_\_
- 2- Antécédents de fracture(s), entorse(s) ou dislocation(s) ?  Non  Oui \_\_\_\_\_
- 3- Hospitalisation(s) ou chirurgie(s) ?  Non  Oui ; raison et année \_\_\_\_\_
- 4- Médicaments ou antibiotiques pris présentement et dans le passé (et raison): \_\_\_\_\_
- 5- Nombre d'heures de sommeil :  4h et moins  5-6h  7-8h  9-10h  plus de 10h
- 6- Qualité du sommeil ?  très bon  bon  mauvais
- 7- Est-ce que votre enfant a été allaité ?  Non  Oui ; combien de temps ? \_\_\_\_\_
- 8- Difficultés lors de l'allaitement ?  Non  Oui ; décrivez \_\_\_\_\_
- 9- Formule introduite à quel âge ? \_\_\_\_\_ ; quelle formule ? \_\_\_\_\_
- 10- Introduction des aliments solides à quel âge ? \_\_\_\_\_
- 11- Allergies alimentaires ?  Non  Oui : \_\_\_\_\_
- 12- Comment considérez-vous son alimentation ?  excellente  bonne  passable  mauvaise  s'améliore  se détériore
- 13- Êtes-vous intéressé à savoir comment la nutrition peut affecter la santé et la qualité de vie de votre enfant ?  Oui  Non
- 14- Seriez-vous prêt à faire des changements à son alimentation, si nécessaire ?  Oui  Non  Peut-être
- 15- Lui feriez-vous prendre des suppléments alimentaires si indiqué ?  Oui  Non  Peut-être
- 16- Considérez-vous que le développement émotionnel et social de votre enfant est normal pour son âge ?  Oui  Non  
Élaborez si nécessaire \_\_\_\_\_
- 17- Est-ce que votre enfant fait du sport ou de l'activité physique ?  Non  Oui  
Quoi et à quelle fréquence ? \_\_\_\_\_

### **Consentement éclairé aux soins chiropratiques**

Par le biais de ce document, je déclare que toutes les informations fournies sont complètes et exactes et je consens à ce que mon enfant reçoive les examens et les soins nécessaires. Tel que stipulé à l'article 3.07.01 du *Code de déontologie des chiropraticiens*, les dossiers sont la propriété du chiropraticien. Des photocopies peuvent être disponibles moyennant des frais. Toutes les charges de la première visite doivent être payées la journée même et les soins chiropratiques doivent être payés à chaque visite, à moins d'un arrangement préalable.

La chiropratique n'est pas un substitut, une alternative ou une forme préventive de la médecine. Nous nous spécialisons dans une meilleure expression de l'influx nerveux (votre énergie vitale), le mieux-être et la physiologie. La médecine se spécialise, quant à elle, dans le diagnostic et le traitement des symptômes et de la maladie. *Au Printemps de la Vie*, notre but et notre intention ne sont pas de diagnostiquer ni de traiter des désordres physiques, mentaux ou émotionnels. Cependant, si au cours de vos soins, vous devenez préoccupé par les symptômes ou la condition de votre enfant, nous vous suggérons l'aide d'un spécialiste des symptômes et de la maladie. Notre préoccupation est basée sur la santé de votre enfant et sa capacité à la retrouver et à la maintenir. Sachant que chaque personne est différente physiquement, émotionnellement et mentalement, les résultats dépendent en partie de votre participation aux soins et par le fait même, ils ne peuvent être garantis à 100%.

Dans l'exercice de la chiropratique, comme dans tout autre soin de santé, il existe quelques risques liés aux ajustements chiropratiques allant de façons minimales (tensions ou étirements musculaires) jusqu'à des situations excessivement rares de lésions discales et d'embolies, comme c'est le cas également pour d'autres professionnels de la santé. A titre de comparaison, le risque de complications graves suite à la prise d'anti-inflammatoires est de 0,1%; suite à une chirurgie de la colonne cervicale, le risque de complications graves est de 1,56%; le risque de complications graves suite à un ajustement chiropratique est de 0,00001%.

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_  
(Parent ou tuteur de l'enfant)

**Témoin :** \_\_\_\_\_