



Bienvenue au Printemps de la Vie !

Au Printemps de la Vie se concentre sur votre vitalité ! Votre expression de vie se manifeste par votre santé et votre mieux-être. Des stress physiques, chimiques et émotionnels peuvent se cumuler quotidiennement, interférant ainsi avec votre expression vitale. Notre intention est de localiser et de libérer les interférences (subluxations) à votre potentiel à l'aide d'ajustements, permettant ainsi à votre corps de pleinement s'exprimer.

Les informations recueillies nous permettront de mieux comprendre qui vous êtes, la raison de votre visite chez nous, vos attentes en matière de santé et comment nous pouvons vous aider. Vous pouvez être assurés de la confidentialité en ce qui a trait à ces informations.

Veillez prendre quelques minutes pour documenter vos informations vitales. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à demander l'assistance d'un membre de notre équipe.

Au Printemps de la Vie est heureux de vous accueillir. Nous sommes engagés à vous servir l'expérience chiropratique exceptionnelle dans le but de promouvoir votre santé et mieux-être à leur pleine expression.

L'équipe d' Au Printemps de la Vie.



FORMULAIRE D'OUVERTURE

Au centre chiropratique familial *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 _____

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 prêts à faire des changements à son alimentation, si nécessaires ? Oui Non Peut-être
- 15- Lui feriez-vous prendre des suppléments alimentaires si indiqués ? 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. À 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 : _____
(Parent ou tuteur de l'enfant)

Date : _____

Témoin : _____