

Informations personnelles

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Date de naissance : an _____ / ms _____ / jr _____

Nom de la mère : _____ Prénom : _____

Sexe : F M

Nom du père : _____ Prénom : _____

Nombre de frère : _____

Adresse : _____

Nombre de sœurs : _____

Rang de l'enfant : _____

Code postal : _____

Tél.: Résidence _____ Travail (mère) : _____ Travail (père) : _____

Qui vous a recommandé à notre bureau ? Ami Parent Pages jaunes Enseigne Publicité Autre

1. Quelle est la raison de la consultation de votre enfant ?

Est-ce que votre enfant prend des médicaments ?

Non Oui Lesquels _____

2. Depuis combien de temps ce problème persiste-t-il ?

Votre enfant dort sur ?

Dos Ventre Côté

3. Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour ce problème ?

Non Chiropraticien Médecin Autre

Combien d'heures par nuit dort-t-il ?

4 h et moins 5-6 h 7-8 h

9-10 h 11 h et plus

4. Veuillez indiquer sur la shéma, les endroits exacts des douleurs de votre enfant.

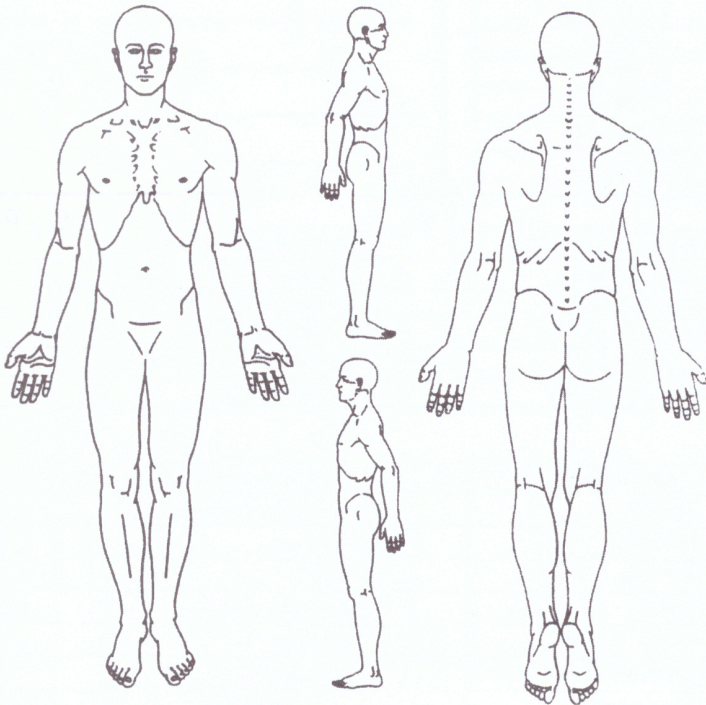
Est-ce que votre enfant fait de l'exercice ?

Oui Non

Est-ce que votre enfant prend des vitamines/suppléments ? Oui Non

Votre enfant a-t-il eu ou a-t-il déjà eu des problèmes de :

| | Oui | Non | | Oui | Non |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Allergies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Maux de dos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Angoisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Maux de tête | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ballonnement/gaz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Méningite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Constipation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Opération | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Démangeaisons | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Troubles aux pieds | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Troubles respiratoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Diarrhée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Troubles de vue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Engourdissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Troubles digestifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Étourdissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Troubles d'ouïe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Évanouissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. Saignement nez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Fracture | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Uriner fréquemment | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Énurésie (Pipi au lit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Épilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Irritabilité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |



Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et je consens aux examens nécessaires de mon enfant.

Signature du patient ou du tuteur _____ Date : _____

Nom : _____ Dossier : _____ Date : _____

Grandeur : _____ cm/po Poids : _____ lb/kg
 Température : _____ °C/F P/A : D ___ / ___ G ___ / ___
 Pouls : D ___ G ___ batt/min. Respiration : _____ resp./min.

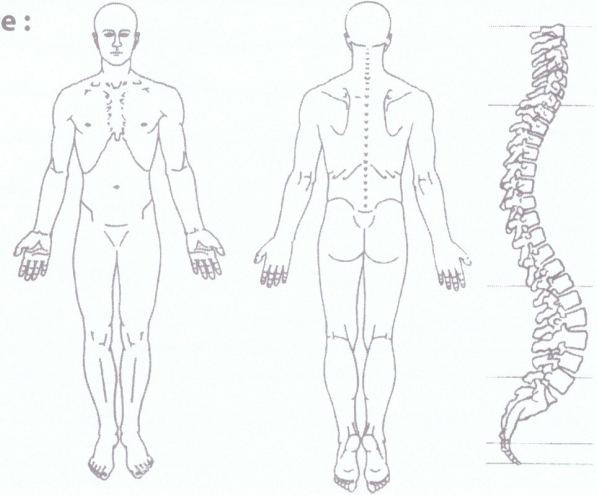
Vasculaire (Neg -, Pos. +) Autres : _____
 George G D _____

Neuro

Autres : _____

| Réflexes (0 à +4) normal+2 | D | G |
|---|---|---|
| Biceps (C5-C6) | | |
| Styloradiale (C5-C6) | | |
| Triceps (C6-C7-C8) | | |
| Cutané cadran sup.(T8-T10) | | |
| abdominal inf.(T10-T12) | | |
| Patellaire (L4-L5) | | |
| Ischiojambier (L5-S1) | | |
| Achilliéen (S1) | | |
| Réflexes pathologiques (A)bsent (P)résent | | |
| Clonus (cheville) | | |
| Babinski (L4-S2 pyr.) | | |

Posture :



Oreilles

| | Droite | Gauche |
|-----------------|--------|--------|
| Rougeur | | |
| Gonflement | | |
| Rétraction | | |
| Liquide | | |
| Cire | | |
| Cône de lumière | | |

Amplitude de mouvements

Avec instruments Visuel

| Actif/Passif | Cervicale | | | | | Thoraco-Lombaire | | | | |
|---------------|-----------|---|--------|---|--------------|------------------|---|--------|---|--------------|
| | Normale | | Limité | | Douleur | Normale | | Limité | | Douleur |
| | A | P | A | P | Localisation | A | P | A | P | Localisation |
| Flexion | | | | | /45 | | | | | /45 |
| Extension | | | | | /45 | | | | | /45 |
| Flex.lat. dr. | | | | | /45 | | | | | /45 |
| Flex.lat. gh. | | | | | /45 | | | | | /45 |
| Rotation dr. | | | | | /45 | | | | | /45 |
| Rotation gh. | | | | | /45 | | | | | /45 |

Notes complémentaires

Motricité (0 à +5)

| | G | D | | G | D | | G | D | | G | D |
|--------------------------|---|---|-------------------------|---|---|-------------------------|---|---|----------------------------|---|---|
| Flex. du cou (C1,C2-C7) | | | Ext. poignet (C5,C6-C8) | | | Abd. des doigts (C8-T1) | | | Ischiojambiers (L4, L5-S3) | | |
| Ext. du cou (C1-T1) | | | Triceps (C5-C7,C8) | | | Abdo. sup.(T12-L2) | | | TFL (L4-S1) | | |
| Flex lat. du cou (C3-C8) | | | Flex poignet (C6-C7-T1) | | | Abdo. inf. (L3-S1) | | | Gastrocnémiens (S1-S2) | | |
| Rot. du cou (XI°C1-C8) | | | Flex doigts (C6-C8, T1) | | | Ext. du rachis (T1-L3) | | | Tibiale ant. (L4-S1) | | |
| Deltoïde (C5-C6) | | | Ext. doigts (C5-C7, C8) | | | Fessiers (L4-S1) | | | Lg ext halux (L4, L5-S1) | | |
| Biceps (C5-C6) | | | Ext. pouce (C6-C8) | | | Quadriceps (L1-L4) | | | Fibulaires (S1) | | |

Évaluation orthopédique (+) positif, (-) négatif

| | Cervicale | | G | D | ASS. | Thoracique | | G | D | Lombaire et s.i. | | G | D | Lombaire et s.i. | | G | D |
|-------|-------------------------------------|--|---|---------------------|-------------------------|-------------------------|--|----------------------------|-----------------------|------------------|--|---|--------------------|----------------------------|--|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Assis | 1. Valsalva | | | | DD | 1. Pos. Adam | | | | 5. Braggard | | | | 16. Tranction nerf fémoral | | | |
| | 2. Compression foraminale (neutre) | | | | | 2. Expension thoracique | | | | 6. Goldwait | | | | 17. Erichson | | | |
| | 3. Compression flex. | | | | | 3. Compression costale | | | | 7. Bowstring | | | | 18. Ely | | | |
| | 4. Compression Ext. | | | | 4. Schepelmann | | | | 8. Bonnet | | | | 19. Ely to buttock | | | | |
| | 5. Compression Flex. Lat. (Jackson) | | | | 5. Compression sternale | | | | 9. Thomas | | | | 20. Deriefel | | | | |
| | 6. Kemps | | | | 6. Signe de Brudzinski | | | | 10. Gaenslen | | | | 21. Yeoman | | | | |
| | 7. Distraction | | | | Lombaire et S.I. | | | | 11. S.I. stretch test | | | | Autres | | | | |
| | 8. Doorbell | | | | 1. Murphy's punch | | | | 12. Allis | | | | | | | | |
| | 9. Dépression de l'épaule | | | | 2. Bechterew | | | | 13. Faber-Patrick | | | | | | | | |
| | | | | 3. Kemps | | | | 14. Compression iliaque | | | | | | | | | |
| | | | | 4. Lasègue (degrés) | | | | 15. Abduction de la hanche | | | | | | | | | |

CSV's ET TENSIONS MUSCULAIRES : _____