

## Questionnaire Patient Enfant

***Ce questionnaire est important*** il constitue la fiche patient de votre enfant et participe à l'établissement de notre diagnostic. Aussi, **nous vous remercions de bien vouloir renseigner tous les champs avec soin et le plus précisément possible.** Les données communiquées restent bien entendu confidentielles et seront utilisées uniquement au sein du cabinet Spin'Dynamic.

### Coordonnées

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Poids et taille :**

**Profession des parents :**

**Tél fixe :**

**Portable :**

**Email :**

**Ville :**

**Code Postal :**

### **Soins et pathologies**

**Etiez-vous en tant que parents déjà patient(e) de J.M. O'dru ?**

**SI OUI :**

- 1. Pour quelles pathologies étiez vous suivi(e) et depuis quand ?**
- 2. Connaissez vous le nombre de séances de réalignement vertébral dont vous avez bénéficié ?**

**SI NON :**

**Comment avez-vous connu la méthode de Réalignement Vertébral ou par qui?**

**QUELS SONT LES SYMPTÔMES ACTUELS DE VOTRE ENFANT:**

**(Champ à remplir Obligatoirement)**

**Veillez détailler précisément les symptômes et/ou pathologies actuels qu'il rencontre et pour lesquels vous souhaitez consulter :**

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

**Depuis combien de temps ces symptômes sont-ils apparus ?**

**Pouvez vous les relier à un événement antérieur ? Si OUI de quel type ?**

**Choc Physique : traumatisme, chute, accident ? Mauvaises postures ?  
Activités particulières ?**

**Choc Emotionnel : Perte, deuil, séparation, déménagement ?**

**Comment décririez vous le tempérament de votre enfant ?**

**Timide/Réservé :**

**Intériorisé :**

**Anxieux :**

**Emotif :**

**Colérique :**

**Expansif :**

**Confiant :**

**Autre précisez :**

**Avez vous noté de grands changements de comportements et oui depuis quand ?**

**Comment s'est déroulée sa naissance ?**

**Accouchement difficile ? Forceps ? Césarienne ? Prématuré ? Accouchement normal ?  
Autre condition particulière à préciser ?**

Suivi Médical :

**Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de l'un de ces symptômes, même s'il n'est plus actuel, veuillez toutefois à le mentionner.**

**Allergie :** Oui Non (si oui, précisez le type d'allergie)

**Maladie cardiaque ou cardio-vasculaire :** Oui Non (si oui, précisez la pathologie exacte)

**Vertiges et/ou Malaises :** Oui Non (si oui, précisez la fréquence et les circonstances pouvant les provoquer)

**Maladie infectieuse :** Oui Non (si oui, précisez)

**Cancer :** Oui Non (si oui, précisez le type de cancer  
Déjà traité ? En cours de traitement ?)

**Maladie spécifique :  
(Génétique, orpheline ou autre)** Oui Non (si oui, précisez)

**Maladie de la peau :** Oui Non (si oui précisez)

**A-t-il déjà subi des opérations chirurgicales ? Lesquelles ? A quelle date et suite à quel évènement ?**

**Votre enfant est-il suivi en ce moment ? Pour quelles raisons et par quel spécialiste ?  
Ce suivi est-il régulier ou ponctuel au besoin ?**

**(Merci de préciser)**

**A-t-il dû suivre un traitement particulier ? Si OUI pourquoi et pendant combien de temps ?**

**Est-il toujours actif aujourd'hui ?**

**Possédez-vous des imageries (radios, IRM ou scanner) de la colonne de votre enfant ?  
Merci de préciser lesquelles.**

-  
-  
-

**Vie quotidienne**

**Votre enfant pratique-t-il régulièrement une activité physique ou sportive ?**

**Si OUI veuillez préciser laquelle ou lesquelles ainsi que leur fréquence :**

**Votre enfant pratique-t-il un sport de manière intensive ? En compétition par exemple. Si OUI lequel et depuis quand ?**

**Votre enfant fait-il des étirements (notamment du DOS) dans le cadre d'un sport ou d'une activité physique ? Si OUI lesquels et est ce régulier ?**

**Si il ne pratique pas d'activité physique ou sportive merci d'en préciser la raison :**

**Manque de temps ?**

**Douleurs ou gênes ?**

**N'apprécie pas particulièrement l'exercice physique ?**

**Ses symptômes et/ou pathologies actuels le gênent-ils dans la pratique d'un sport ou d'une activité physique ?**

**Si OUI laquelle ? Pourquoi et depuis quand ?**

**Avez vous remarqué si votre enfant prenait régulièrement des postures répétées susceptibles d'entraîner des problèmes de dos ?**

**Tête fléchie en avant pendant des heures ? (tablette, portable...etc)**

**Idem devant un écran ?**

**Ou autre posture type ?**

**Habitudes de couchage :**

**Quelles sont les positions de sommeil qu'il adopte ?**

**Couché sur le côté ?**

**Couché sur le dos ?**

**Couché sur le ventre ?**

**Quel est le type d'oreiller sur lequel il dort ?**

**Oreiller en duvet ?**

**Oreiller en plumes ou duvet ?**

**Oreiller à mémoire de forme ?**

**Oreiller anatomique ?**

**Sans oreiller ?**

**Quel est le type de literie sur laquelle il passe ses nuits ?**

**Ferme ?**

**Souple ?**

**Trop Moelleuse ?**

**Habitudes alimentaires :**

**Votre enfant mange-t-il beaucoup de produits laitiers et/ou fromages ?**

**Si oui précisez la fréquence par jour ou par semaine ?**

**Est-il amateur de viande rouge ?**

**Si oui précisez la fréquence par jour ou par semaine ?**

**Consomme-t-il assez régulièrement des aliments et les boissons sucrés ?**

**Suit il un régime particulier ?**

**Si oui précisez lequel et depuis quand ?**

**Date :**

**Signature :**