

Formulaire d'inscription pédiatrique (6-12 ans)

Nom: _____ Date: _____

Âge: ____ Date de naiss: ____/____/____ Sexe (encrer): femelle ou mâle

Nom de la mère: _____ Nom du père: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Tél. (domicile): (____) _____ Parents (travail): (____) _____

No. Ass. Maladie NB: _____

Adresse électronique des parents: _____

Laquelle est votre méthode de contact préférée pour le rappel des visites (encrer)?

Courrier électronique ou téléphone

Comment avez-vous entendu parler de notre clinique (soyez aussi spécifique que possible)? _____

QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

Quels sont les problèmes de santé les plus importants chez votre enfant? Nommez-en autant que possible par **ordre d'importance**:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Est-ce que votre enfant souffre d'une maladie contagieuse en ce moment? N

Si oui, laquelle? _____

Maladies précédentes

Rhumatisme articulaire aigu N O Rubéole N O

Varicelle N O Rougeole N O

Amygdalite N nombre approx. _____

Infections d'oreilles N nombre approx. _____

Autres N nommer _____

Est-ce que votre enfant a eu les examens suivants? Quand Où
Électroencéphalogramme (EEG)

.....
Évaluation psychologique

.....
Tests d'audition

.....
Tests du langage

.....
Hospitalisations/ Chirurgies/ Blessures

Quelles hospitalisations, chirurgies ou blessures a eues votre enfant?

Immunisations

Polio	<input type="radio"/> N	Coqueluche	<input type="radio"/> N
Tétanos	<input type="radio"/> N	Diphthérie	<input type="radio"/> N
Rougeole/Oreillons/Rubéole	<input type="radio"/> N	Influenza	<input type="radio"/> N

Effets secondaires? Y N Si oui, lesquels? _____

Allergies

Est-ce que votre enfant est hypersensible ou allergique à :

Des médicaments? _____

Des aliments? _____

L'environnement? _____

Consommation alimentaire typique

Déjeuner: _____

Dîner: _____

Souper: _____

Collations: _____

Breuvages: _____

Veillez énumérer **tout** médicament prescrit, non prescrit, vitamines ou autres suppléments pris par votre enfant:

1) _____ 5) _____

2) _____ 6) _____

3) _____ 7) _____

4) _____ 8) _____

REVUE DES SYSTÈMES

O = oui, une condition présente **P** = problème important dans le passé **N** = non, jamais eu

MENTAL/ ÉMOTIONNEL

Sautes d'humeur	O P N	Anxiété/nervosité	O P N
Irritabilité	O P N	Pleure facilement	O P N
Hyperactivité	O P N	Peurs inhabituelles	O P N
Introverti/extroverti	O P N	Problèmes du sommeil	O P N
Mal des transports	O P N	Cauchemars	O P N

ENDOCRINIEN

Intolérance chaleur/froid	O P N	Fatigue	O P N
Soif excessive	O P N	Faim excessive	O P N
Hypoglycémie	O P N	Hyperglycémie	O P N

PEAU

Rashes	O P N	Eczéma, éruptions	O P N
Acné, furoncles	O P N	Démangeaison	O P N

TÊTE

Maux de tête	O P N	Blessure à la tête	O P N
Étourdissements	O P N	Haute température	O P N

YEUX

Lunettes ou contacts	O P N	Larmolement/sécheresse	O P N
Douleur/fatigue oculaire	O P N		

OREILLES

Mal d'oreilles	O P N	Atteinte de l'audition	O P N
----------------	-------	------------------------	-------

NEZ ET SINUS

Rhumes fréquents	O P N	Saignements du nez	O P N
Congestion	O P N	Fièvre des foins	O P N
Problèmes des sinus	O P N	Perte de l'odorat	O P N

BOUCHE ET GORGE

Maux de gorge fréquents	O P N	Ulcère buccal	O P N
Haleine odorante	O P N		

RESPIRATOIRE

Toux	O P N	Wheezing	O P N
Asthme	O P N	Bronchite	O P N

CARDIOVASCULAIRE

Maladie cardiaque P N Murmures P N

URINAIRE

Miction fréquente P N Incontinence nocturne P N

GASTRO-INTESTINAL

Éructation/gaz P N Mal d'estomac P N

Constipation P N Diarrhée P N

Selles - Comment souvent par jour _____

Nourri au sein? _____ Comment longtemps? _____

Aliment lacté pour nourrisson? _____ Lait/ soya/ autre _____

MUSCULO-SQUELETTIQUE

Douleur/raideur jointures P N Spasmes/crampes musculaires P N

Fractures osseuses P N

SANG/ VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE

Anémie P N Saignements/ecchymoses faciles P N

Est-ce qu'il y a d'autres informations concernant la santé de votre enfant que vous aimeriez ajouter ?

Quelles sont vos attentes concernant votre enfant en travaillant avec notre clinique ?

Bienvenus! Nous sommes honorés d'être au service de vous et votre enfant !

Déclaration et consentement éclairé pour des soins naturopathiques

Dr Martin Gleixner profite de cette occasion pour vous souhaiter la bienvenue. Comme médecin naturopathique, il fera une analyse de cas détaillée ainsi qu'un examen physique et il peut recommander des examens spécifiques sanguins, urinaires, et tout autre rapport de laboratoire faisant partie du bilan de traitement. Dr Gleixner incorpore des thérapies de support, telles que la nutrition, la phytothérapie, l'homéopathie, l'acupuncture, la médecine physique et des conseils sur le mode vie afin d'aider le corps dans ses aptitudes à se guérir et pour améliorer la qualité de vie et la santé.

Accusé de réception

Nom de patient(e) imprimé : _____

Comme patient(e) du Dr Gleixner, j'ai pris connaissance de l'information et je comprends que le mode de soins de santé est basé sur les principes et pratiques de la naturopathie et d'autres pratiques de soutien. Je reconnais que même les thérapies les plus douces ont un potentiel de complications. L'information que j'ai donnée au Dr Gleixner est complète et inclut tout ce qui concerne ma santé, incluant la possibilité de grossesse et tous les médicaments actuels, incluant ceux sans ordonnance. De légers risques pour la santé de certains traitements naturopathiques incluent, mais ne sont pas limités, à :

- Aggravation temporaire de certains symptômes pré-existants ;
- Réactions allergiques ou autres effets secondaires aux suppléments, remèdes homéopathiques ou herbes; et
- Douleur, évanouissement, ecchymose ou traumatisme de l'acupuncture ou des injections intramusculaires et/ou par voie intraveineuse.

Je reconnais aussi que :

- J'aurai l'occasion de discuter et consentir à tout plan de traitement.
- Tout traitement ou conseil que je reçois comme patient(e) du Dr Gleixner **n'est pas mutuellement exclusif** de tout traitement que je reçois maintenant ou que je pourrais recevoir dans l'avenir d'un autre dispensateur de soins de santé autorisé. Je suis libre de rechercher ou continuer de recevoir des soins de santé d'un docteur en médecine ou tout autre dispensateur de soins de santé. Il est hautement recommandé que je mette à jour mes dispensateurs de soins de santé concernant tous les nouveaux traitements reçus.
- De plus, je confirme avoir le droit d'accepter ou de rejeter ces soins de mon propre gré et selon mon choix. Je comprends que les résultats ne sont pas garantis. J'accepte l'entière responsabilité de tous les frais encourus au cours des soins et des traitements.
- Je reconnais qu'un dossier de mes visites sera conservé. Ce dossier sera gardé de façon confidentielle et **ne sera pas divulgué** sans mon consentement. Je comprends qu'il m'est possible de visionner mon dossier médical en tout temps et qu'il m'est possible d'en demander une copie.
- Je suis responsable pour le **paiement des services dès que je les reçois**. Les articles du dispensaire doivent être payés en entier avant de quitter le bureau.
- Je suis conscient(e) que je dois donner un **avis 24 heures à l'avance** pour annuler un rendez-vous, sans quoi des **frais d'annulation** seront appliqués.
- Je reconnais que le Dr Gleixner se réserve le droit de déterminer les cas qui sont en dehors de son champ de pratique, dans lequel cas une **référence appropriée sera recommandée**.
- J'ai lu et compris la **Politique de confidentialité** qui est disponible sur le site web du Dr Gleixner au www.monctonnaturopathic.com (voir Formulaires).

Je consens à recevoir des traitements naturopathiques du Dr Martin Gleixner. Je reconnais que ce consentement est volontaire et peut être révoqué en tout temps.

Signature du parent/tuteur: _____ Date: _____