

Questionnaire Enfants

Votre première visite au cabinet d'ostéopathie

Nous vous invitons à être à l'heure, afin que le temps qui vous est réservé puisse être utilisé de manière optimale. Il est possible d'annuler ou de décaler votre rendez-vous jusqu'à 24h avant le rendez-vous. La séance vous sera facturée si vous ne vous présentez pas au rendez-vous sans l'avoir annulé ou déplacé au préalable.

Comment travaille un ostéopathe ?

Les ostéopathes considèrent que la perte de la mobilité des os, organes et parties du crâne peuvent jouer un rôle dans la naissance de douleurs physiques. La perte de la mobilité peut débuter après par exemple une chute, une opération ou une infection. L'ostéopathe peut avec ses mains juger de la mobilité de presque toutes les parties du corps humain et l'améliorer quand c'est nécessaire. En rendant au corps sa mobilité originelle, l'ostéopathe enclenche le processus et stimule la capacité de guérison du corps lui-même

La première consultation

Lors de la première consultation, l'ostéopathe commence par vous poser des questions. L'ostéopathe est intéressé par toutes les facettes de vos troubles, votre santé en général, les fonctions essentielles du corps et bien évidemment ce qui se passe dans votre vie, qui peut avoir laissé des traces dans vos tissus.

Après cette série de questions, l'ostéopathe va chercher à écarter d'éventuelles anomalies ou maladies. Certaines affections ne peuvent être traitées par une consultation chez l'ostéopathe. Pendant cette recherche spécifique, l'ostéopathe va examiner quelles parties de votre corps présentent des troubles de la mobilité et quelle part ceux-ci ont dans vos problèmes.

Après la fin de cette recherche, l'ostéopathe vous explique ce qu'il a trouvé et s'il pense pouvoir le traiter. Lorsque c'est le cas, le traitement démarre lors de cette première séance. L'ostéopathe utilise différentes techniques pour enlever les blocages et rééquilibrer le corps.

Que pense le monde médical de l'ostéopathie?

De plus en plus de médecins et de spécialistes dirigent leurs patients vers un ostéopathe. La raison en est que de part ses études très complètes, l'ostéopathe est en mesure d'effectuer une recherche détaillée et s'occupe en priorité de déterminer la cause du problème. Le corps réagit généralement directement après une séance d'ostéopathie. Dans le cas où, après 3 séances, le corps n'a pas suffisamment réagi au traitement, l'ostéopathe conseillera probablement d'arrêter les séances.

La sécurité avant tout!

Les ostéopathes apprennent pendant leurs études à reconnaître les anomalies et les maladies. Lorsque c'est nécessaire, l'ostéopathe vous renverra vers votre médecin traitant. Il est important pour l'ostéopathe de disposer de suffisamment d'informations médicales. Il est possible que l'ostéopathe contacte votre généraliste ou autres soignants afin d'obtenir plus d'informations, mais il ne le fera qu'avec votre accord.

Il va de soi que ces informations restent confidentielles.

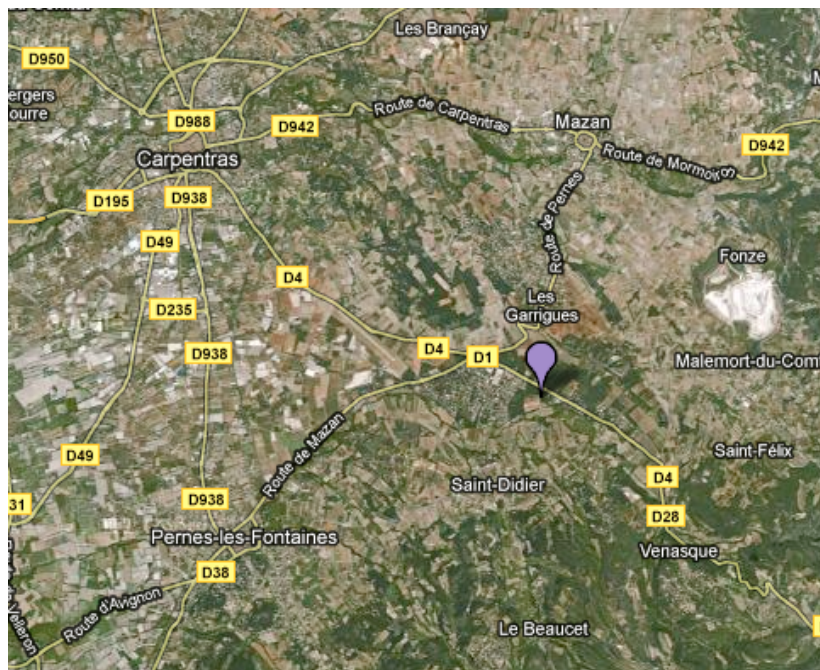
Quel est le cout?

Le cout d'une consultation d'ostéopathie est de € 60,00.

Il n'est à ce jour pas remboursé par la Sécurité Sociale, cependant certaines mutuelles remboursent partiellement plusieurs séances par an. Il n'est donc pas nécessaire d'être envoyé par un médecin.

N.B Merci d'emmener une serviette de toilette pour la consultation

Cabinet d'ostéopathie René Koonings
Lot # 14 – Chemin de St Genies
ZAC de Belle-Croix
84210 Venasque



Chère Madame, cher Monsieur,

Nous vous remercions de bien vouloir répondre aux questions ci-après et de renvoyer ce formulaire renseigné au cabinet avant votre première consultation. Ces informations seront utilisées lors de votre conversation, et resteront confidentielles au titre du secret professionnel.

Nom		Prénom	
Adresse		Code Postal	
Ville		Date de naissance	h/f
Téléphone journée		Téléphone mobile	
Ecole			
Loisirs, sport, hobby			
Médecin généraliste		Téléphone	
Spécialiste		Téléphone	
Thérapeute		Téléphone	

Qui vous a conseillé/ envoyé:

Quel est le principal trouble dont souffre votre fils/fille?

Quand et comment cela a-t-il commencé et comment cela s'est-il développé ?

Comment était la santé de la mère pendant la grossesse (saignements / nausées / usage de médicaments / stress / etc.) ?

Votre enfant est-il né a terme ?

Comment s'est passé l'accouchement (déclenché / spontané / césarienne / forceps / pompe etc.)

Combien de temps a duré l'accouchement + l'expulsion ?

Comment était la condition de votre bébé juste après l'accouchement (a crié / était bleu ou jaune / a-t-il fallu aspirer la bouche ou le nez) ?

Quel était le score d'Apgar (1ere et 2ème fois) ?

Quelle était la forme de la tête ?

Avez-vous allaité votre enfant ? Si oui jusqu'à quel âge ?

Buvait-il bien?

Pleurait-il beaucoup?

Souffrait-il de crampes au ventre?

A-t-il eu de l'eczéma?

Y avait-il beaucoup de tensions au niveau des muscles ou au contraire pas assez ?

Rejetait-il beaucoup (reflux)?

Avez-vous remarqué une préférence pour un côté au niveau de la tête, du buste ou des membres ?

Quand et comment a-t-il développé les facultés suivantes :

Se retourner	
S'asseoir	
Marcher a 4 pattes	
Se tenir debout	
Marcher	

A quel âge a-t-il(elle) été propre?

A quel âge a-t-il(elle) commencé a parler?

Est-il ou a-t-il été malade (bronchite / hume / diarrhée / constipation etc.) ?

Quelle maladie ou quel évènement a été le plus difficile à vivre pour votre enfant?

A-t-il pris des médicaments ?

A-t-il eu de la fièvre ?

Comment a-t-il réagi aux vaccins ?

Est-il allergique (par exemple au lait de vache) ?

Votre enfant a-t-il été admis à l'hôpital pour une recherche, un traitement ? Si oui, à quel âge et pour quoi ?

Age	Raison

Y a –t-il des antécédents dans la famille (hyperactivité, problèmes d'apprentissage, problèmes de comportement, problèmes pulmonaires, allergie, etc.) ?

Mère	
Père	
Autres membres de la famille	

Que mange votre enfant ?

Le matin	
Le midi	
Le soir	

Quels sont les aliments que votre enfant ne mange pas facilement (certains légumes, pain complet etc.) ?

Votre enfant a-t-il une préférence pour certains aliments (sucre, chocolat etc.)?

Comment se comporte votre enfant socialement ?

A la maison	
A l'école	

Comment se passe l'école, en ce qui concerne:

Les relations avec le professeur	
La concentration	
Le langage	
Le calcul	
La lecture	

Votre enfant a-t-il des problèmes de motricité?

Votre enfant tombe-t-il fréquemment (accidents, chutes)?

Comment dort votre enfant? (Endormissement / réveil) ?

Votre enfant est-il hypersensible ?

Votre enfant voit-il correctement ?

Votre enfant est-il facilement distrait?

Votre enfant a-t-il confiance en lui?

Votre enfant a-t-il été en traitement chez un kinésithérapeute, un chiropracteur ou un thérapeute alternatif (homéopathe, iridologue, acupuncteur, etc.).
Si oui, avec quel résultat ?

Si vous pensez avoir besoin de donner plus de précisions, merci d'utiliser le cadre ci-dessous à cet effet.

Merci de signaler par une croix ce qui s'applique à votre enfant. La colonne de gauche est prévue pour les troubles passés. La colonne de droite est prévue pour les troubles actuels. Dans le cas où les troubles actuels étaient déjà survenus, merci de faire une croix dans les 2 colonnes.

General

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | troubles de la vision/ de l'ouïe |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | difficulté à avaler |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | maux de dents |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | odorat/ gout |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mal de tête |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | insomnie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | changement de poids |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vertiges |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | perte de conscience |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | fatigue |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | thyroïde gonflée |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | allergies |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | poids |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | autre:..... |
| | | |

Estomac / Intestin

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | entérite |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | constipation |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | diarrhée |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | flatulences |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nausées |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ventre gonflé |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | crampes/maux de ventre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gargouillements |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | acidité à l'estomac |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | saignements |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | hérédité de cancer de l'intestin |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | autre:..... |
| | | |

Voies respiratoires

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | détresse respiratoire |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | toux chronique |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | crachements de sang |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | bronchite |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | asthme |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mal à la gorge/infection |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sinusite |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | acouphènes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | autre:..... |
| | | |

Muscles/ Articulations

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mal au bas du dos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mal au cou |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | picotements/fourmillements |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | douleurs / crampes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | rhumatisme |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | difficulté de mouvement |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | rougeurs |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gonflements |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | radios/scan/mri |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | expllications:..... |
| | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | autre:..... |
| | | |

Cœur et vaisseaux sanguins

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | haute / basse tension |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | rétenion |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | angine de poitrine |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | palpitations |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tachycardie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mains/pieds froids |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | varices |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | chevilles gonflées |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | glandes gonflées |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | artériosclérose |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | taux de cholestérol élevé |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | autre:..... |
| | | |

Peau

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a rapidement des bleus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | peau sèche |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | démangeaisons |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eczéma/éruption |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ongles cassants |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | chute de cheveux |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | transpiration |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zona |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | autre:..... |
| | | |

Voies urinaires

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | infection rénale/ calcul rénal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | difficulté à uriner |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | trouble de la prostate |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | cystite |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | incontinence |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | autre:..... |
| | | |

Humeur

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | irritation |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | difficulté à se décider |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nervosité |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dépression |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anxiété |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | difficulté a se concentrer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | peur |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | se torture l'esprit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | n'exprime pas ses sentiments |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | manque de confiance en soi |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tristesse |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | autre:..... |
| | | |

Foie/Vésicule biliaire

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | maladie du foie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ictère |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | calculs biliaires |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mononucléose/ toxoplasmose |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | autre:..... |
| | | |