

# CHIROPRACTICA ABC



VIA TORRICELLA DI SOPRA N. 33 A/B/C  
25127 BRESCIA (BS) - ITALIA  
TEL./FAX. 030 5053123 - CELL. 329 5386824  
[WWW.CHIROPRACTICA-ABC.IT](http://WWW.CHIROPRACTICA-ABC.IT)



Il seguente questionario ed i vostri dati personali sono assolutamente riservati. La risposta ad ogni domanda è a discrezione dell'interessato. Ogni domanda è atta alla comprensione, sia della salute generale dell'individuo come dei problemi di carattere più specifico, per i quali il paziente stesso si è rivolto alla Chiropratica, e non comporta nessuna inquisizione di carattere culturale, sociale, economico, razziale, od altro.

Il questionario e le informazioni personali sono, di esclusiva proprietà del paziente, il quale firmando di seguito, decide il loro affidamento e ne autorizza l'utilizzo al Dottore in Chiropratica e/o alla struttura sanitaria presso la quale il Chiropratico esercita. Il paziente autorizza, inoltre il dottore in Chiropratica ad eseguire un esame chiropratico completo e le seguenti cure o procedure indicate ed a discrezione del dottore stesso.

Nel caso in cui il paziente fosse minorenne, il genitore o chi ne fa le veci è pregato di firmare.

Il paziente ha il diritto di richiedere questa documentazione in ogni momento.

**DATA di oggi :** \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI:**

**PADRE:**

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO CORRENTE: Via..... N. ....

C.A.P..... Citta`/ paese ..... Provincia.....

N. DI TELEFONO: di casa.....

diurno (lavoro o altro).....

fax.....cell.....email.....

STATO CIVILE: celibe coniugato/a divorziato/a vedovo/a (cerchiate ciò che è applicabile)

NUMERO DI FIGLI: \_\_\_\_\_

**MADRE:**

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO CORRENTE: Via..... N. ....

C.A.P..... Citta`/ paese ..... Provincia.....

N. DI TELEFONO: di casa.....

diurno (lavoro o altro).....

fax.....cell.....email.....

STATO CIVILE: celibe coniugato/a divorziato/a vedovo/a (cerchiate ciò che è applicabile)

NUMERO DI FIGLI: \_\_\_\_\_

**BAMBINO/a RAGAZZO/a**

**NOME:** \_\_\_\_\_ **COGNOME:** \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO CORRENTE: Via..... N. ....

C.A.P..... Citta`/ paese ..... Provincia.....

N. DI TELEFONO: di casa.....

diurno (lavoro o altro).....

fax.....cell.....email.....

NUMERO DI FRATELLI/SORELLE: \_\_\_\_\_

**PEDIATRA CURANTE:** Dr./D.ssa \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

**COME SIETE VENUTI A CONOSCENZA DEI NOSTRI SERVIZI DI CHIROPRACTICA?**

Amici          Parenti          Medico di famiglia          Specialista \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

**Il padre/la madre** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_



**Consenso informato al trattamento del minore**

Io sottoscritto/a (stampatello) \_\_\_\_\_  
genitore del minore (stampatello) \_\_\_\_\_

Dichiaro liberamente ed in piena coscienza:  
- di essere stato messo al corrente dal dottor \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

della Chiropratica Specializzata in merito alla natura ed  
alle caratteristiche cliniche della patologia della quale è affetto mio figlio/a,

- di essere stato informato sulle possibilità terapeutiche
- di essere stato messo al corrente dei rischi e delle possibili  
sequele correlate con il trattamento
- di acconsentire che i dottori in chiropratica conferiscano con i miei familiari in relazione al caso clinico;
- di accettare pertanto:  
il trattamento chiropratico propostomi per il minore di cui sono tutore/tutrice.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

Firma del dottore \_\_\_\_\_

**Consenso informato al trattamento dei dati personali**

Nome del genitore in stampatello \_\_\_\_\_

FIRMA del genitore

\_\_\_\_\_



## QUESTIONARIO PEDIATRICO

NOME \_\_\_\_\_  
COGNOME \_\_\_\_\_

DATA DI OGGI \_\_\_\_\_

Ragioni per le quali vi siete rivolti al Dottore in Chiropratica per il vostro Bambino/a, Ragazzo/a:

- Stà continuando le cure ricevute presso un altro centro Chiropratico \_\_\_\_\_
- Siamo stati mandati da un altro professionista \_\_\_\_\_
- Io (genitore) sono paziente Chiropratico \_\_\_\_\_
- Credo sia una buona via terapeutica \_\_\_\_\_
- Voglio controllare la crescita/sviluppo \_\_\_\_\_
- Voglio controllare la postura \_\_\_\_\_
- Non so bene il motivo ma mi sento di provare \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Peso alla nascita basso \_\_\_\_\_ medio \_\_\_\_\_ alto \_\_\_\_\_ Kg (se ricordo) \_\_\_\_\_

Lunghezza alla nascita basso \_\_\_\_\_ medio \_\_\_\_\_ alto \_\_\_\_\_ cm (se ricordo) \_\_\_\_\_

Ittero postnatale \_\_\_\_\_

Cianosi postnatale \_\_\_\_\_

Tipo di parto \_\_\_\_\_

Posizione del bimbo/a \_\_\_\_\_ parto vaginale \_\_\_\_\_ cesareo \_\_\_\_\_ altro \_\_\_\_\_

Problemi durante il parto \_\_\_\_\_

Problemi in gravidanza \_\_\_\_\_

Anomalie congenite \_\_\_\_\_

Nutrizione:

Allattamento fino a \_\_\_\_\_

Difficoltà da parte del bimbo/a all'allattamento (es. disinteresse o problemi di suzione) \_\_\_\_\_

Difficoltà da parte della madre all'allattamento (specificare, es: poco latte, ecc.) \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Introduzione dei cibi (lista dei cibi introdotti in ordine cronologico ed eventuali problemi/rifiuti del bimbo/a) \_\_\_\_\_

PERCENTILI DI CRESCITA: produrre le tabelle se disponibili

Qualità del sonno da infante:

continuo \_\_\_\_\_ si sveglia/va \_\_\_\_\_ volte a notte (per mangiare \_\_\_\_\_ per agitazione \_\_\_\_\_)

Dorme da solo \_\_\_\_\_ fino a \_\_\_\_\_ con i genitori \_\_\_\_\_

Qualità del sonno adesso:

Durante la settimana: dorme \_\_\_\_\_ ore per notte, si corica alle \_\_\_\_\_ e si sveglia alle \_\_\_\_\_  
(dorme bene \_\_\_\_\_ dorme agitato \_\_\_\_\_ altro \_\_\_\_\_)

Nel fine settimana: dorme \_\_\_\_\_ ore per notte, si corica alle \_\_\_\_\_ e si sveglia alle \_\_\_\_\_  
(dorme bene \_\_\_\_\_ dorme agitato \_\_\_\_\_ altro \_\_\_\_\_)

C'è una posizione preferita per dormire? \_\_\_\_\_

Sviluppo:

FASI DELLO SVILUPPO	ETA'	Eventuali specifiche (es. per quanto tempo/fino a quando)
Ha iniziato a reggere la testa dritta a		
Ha iniziato a rispondere agli stimoli uditiva a		
Ha iniziato a rispondere agli stimoli visivi a		
Ha iniziato a sedersi a		
Ha iniziato a gattonare a		
Ha iniziato a mettere i denti a		
Ha iniziato a camminare a		
Ha cominciato a parlare a		
Ha lasciato il pannolino a		

Malattie dell'infanzia:

MALATTIA	ETA'	EVENTUALI CURE	EVENTUALI COMPLICAZIONI
Varicella			
Pertosse			
Rosolia			
Morbillo			
Parotite(Orecchioni)			
Altro			
Altro			
Altro			

Vaccinazioni:

VACCINAZIONI	DATA	ETA'	EVENTUALI REAZIONI-NOTE
Epatite B			
Varicella			
Tetano			
Tubercolosi			
Poliomelite			
Difterite			
Altro			
Altro			

Relazioni sociali:

Eccellenti\_\_\_\_ Buone\_\_\_\_ Timidezza\_\_\_\_ Ansia/apprensione\_\_\_\_ Riservatezza\_\_\_\_  
Altro\_\_\_\_\_

Ho notato cambiamenti nelle relazioni sociali/atteggiamenti (specificare) \_\_\_\_\_

---

---

Relazioni familiari con:

genitori \_\_\_\_\_

fratelli/sorelle \_\_\_\_\_

Nonni \_\_\_\_\_

---

Orario scolastico:

comincia alle ore\_\_\_\_ pausa alle ore\_\_\_\_ finisce alle ore\_\_\_\_  
quanti pomeriggi alla settimana è a scuola?\_\_\_\_ Il Sabato? \_\_\_\_\_

Attività:

sport \_\_\_\_\_

musica \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

Avete animali domestici \_\_\_\_\_ Vivete in campagna \_\_\_\_\_

Attività familiari:

Settimanali \_\_\_\_\_

Mensili \_\_\_\_\_

Annuali (es. vacanze) \_\_\_\_\_

---

Ore del giorno passate con un componente della famiglia (quante e con chi in genere) \_\_\_\_\_

---

Cure Antibiotiche o altro :

Recenti (specificare farmaco/i, dose, periodo, motivo) \_\_\_\_\_

---

---

---

Passate (specificare farmaco/i, dose, periodo, motivo) \_\_\_\_\_

---

---

---

IL VOSTRO BAMBINO/A, RAGAZZO/A, HA MAI SOFFERTO DI:

DISTURBO	DESCRIZIONE	DISTURBO	DESCRIZIONE
Allergie		Dolori	
Anemia		Diabete	
Asma		Vertigini	
Enuresi		Dissenteria	
Fratture		Coliche	
Convulsioni febbrili		Poca concentrazione	
Epilessia		Indigestione	
Febbri ricorrenti		Febbre reumatica	
Otiti		Infezioni	
Svenimenti		Iperattività	
Stitichezza		Dislessia	
Dolori di crescita		Problemi di concentrazione	
Problemi articolari		Malattie croniche	
Ipertensione		Altro	

Altro: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Interventi Chirurgici (specificare): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ricoveri in ospedale (descrivere il motivo): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Traumi/incidenti, recenti e/o passati (anche psicologici): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PROBLEMA ATTUALE**, per il quale ci si è rivolti alla Chiropratica Specializzata:

Problema principale: \_\_\_\_\_

**Quando** e' cominciato? \_\_\_\_\_

**Come** e' cominciato? \_\_\_\_\_

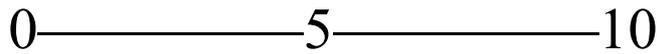
Quando, durante la giornata, o la notte, il problema e' presente \_\_\_\_\_

Con quale **frequenza**? \_\_\_\_\_

Quanto tempo dura quando e' presente? \_\_\_\_\_

Ha difficoltà a dormire a causa del problema? **SI NO** Spiegare: \_\_\_\_\_

Quale e' l'intensità del dolore su una scala da 0 a 10, dove 0 significa assenza di dolore e 10 indica il dolore fisico più forte che si possa provare: (per favore indicatelo con un segno nel seguente grafico)



Cosa lo **provoca e/o peggiora**? \_\_\_\_\_

Cosa lo **allevia e/o migliora**? \_\_\_\_\_

Il dolore e' in un punto fisso o si sposta e/o irradia? \_\_\_\_\_

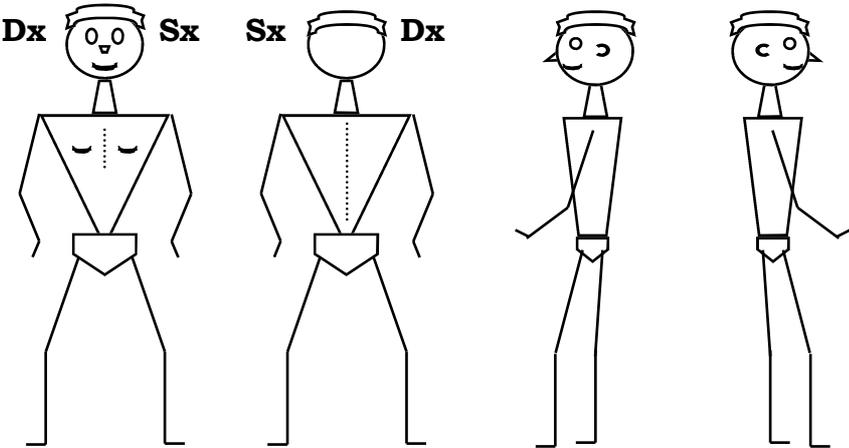
C'e' qualcosa d'altro associato al dolore? \_\_\_\_\_

Avete visitato altri professionisti per questo problema? Se si quale/I e con che risultato: \_\_\_\_\_

**PER CORTESIA, SEGNATE LA ZONA, O ZONE DOLENTI NELLA FIGURA SEGUENTE:**

Marcate il dolore sulla figura con le lettere consigliate in basso a sinistra:

- costante C
- intermittente I
- radiante R
- superficiale S
- profondo P
- tagliente T
- sentite pressione P
- freddo F
- caldo/bruciore C
- formicolio FO
- la parte si addormenta A



**PER LA MADRE:**

Problemi di infertilità (spiegare): \_\_\_\_\_

Gravidanze non a termine (spiegare): \_\_\_\_\_

Salute in gravidanza:

Buona \_\_\_\_\_ Ottima \_\_\_\_\_

Scadente (spiegare eventuali problematiche) \_\_\_\_\_

Nausea \_\_\_\_\_ Vomito \_\_\_\_\_ Vertigini \_\_\_\_\_ Svenimenti \_\_\_\_\_ Cattivi odori \_\_\_\_\_

Avete fatto esercizio fisico in gravidanza: \_\_\_\_\_

Avete seguito corsi preparato: \_\_\_\_\_

Dieta Particolare: \_\_\_\_\_

Medicamenti: \_\_\_\_\_

Erbe, vitamine, omeopatia: \_\_\_\_\_

Siete ingrassate \_\_\_\_\_. Quanto? \_\_\_\_\_

Voglie alimentari particolari in gravidanza: \_\_\_\_\_

Come vi sentivate emozionalmente in gravidanza? \_\_\_\_\_

C'era un gruppo di supporto durante e subito dopo la gravidanza? \_\_\_\_\_

Stress fisici (es lavoro) ed emotivi in gravidanza: \_\_\_\_\_

Fumo? \_\_\_\_\_

Alcool? \_\_\_\_\_

**TEST MEDICI SVOLTI IN GRAVIDANZA**

TEST	DATA	Sett. Di gravidanza	Eventuali problemi

**PARTO:**

Durata del travaglio: \_\_\_\_\_

Tipo di Parto: \_\_\_\_\_

**FAMIGLIA:**

**NUCLEO FAMILIARE:**

I genitori convivono \_\_\_\_\_ Sono separati \_\_\_\_\_, da \_\_\_\_\_

I bimbi vivono con \_\_\_\_\_

Numero di fratelli/sorelle (nomi propri ed età): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Come si svolge la giornata tipica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SALUTE FAMILIARE:**

	Nome	Età	Problemi di salute	Causa di morte se deceduto/a	Età al decesso
MADRE					
PADRE					
FRATELLI					
SORELLE					
NONNA materna					
NONNO materno					
NONNA paterna					
NONNO paterno					



R Sitting front L

- CN1** OLPHACTION
- CN2** V/A
- DIRECT PUP. REF.
- CONSENSUAL PUP. REF.
- CONFRONTATION
- OPTOKINETIC
- ACCOMODATION
- CN3-4-6** GAZE
- NYSTAGMUS
- CONVERGECE
- COVERED/UNCOVERED
- CN5** SENSATION
- CORNEAL REF.
- OPEN MOUTH RES.
- BITE STRENGHT
- OCULOCARDIC REF.
- CN7** FACIAL EXPR.
- TASTE (SUGAR-SALT)
- CN8** OTOSCOPIC
- FINGHER RUB
- RHINNE-WEBER
- CN9-10** PALATAL REF. (UVULA)
- GAG REF.-SWALLOWING
- CAROTID REF.
- CN11** TRAPEZIUS M.M. - SCM
- CN12** TONGUE DEV.
- TONGUE IN CHEEK

DEJARINE TRIAD \_\_\_\_\_  
 VALSALVA \_\_\_\_\_

R SENSATION L

- PIN WHEEL U.E.
- PIN WHEEL L.E.
- VIBRATION L.E
- VIBRATION U.E.

R Sitting front L

**MUSCLES (wnl: 5/5)**

- DELTOID
- INFRASPINATUS
- TERES MINOR
- SUBSCAPULARIS
- ELBOW** FLEX.
- WRIST FLEX.
- FINGHER FLEX.
- ELBOW** EXT.
- WRIST EXT.
- FINGHER EXT.
- INTEROSSEI

**REFLEXES (wnl: 2)**

- BICEPS
- BRACHIORADIALIS
- TRICEPS
- ABS
- PATELLAR
- ACHILLE'S
- FRA

Extra spinal sublux.  
 R Adjusting L

CRAN.
TMJ
CO
PSOAS
VISC.
FOOT
ANKLE
FIB.
TIB.
KNEE
COXA
SYNPH

**DYNAMOMETER**

1  
 2  
 3  
 AVG.

**MEASUREMENTS (CM)**

U.E. SUP.  
 U.E. INF  
 L.E. SUP.  
 L.E. INF.

L Sitting back R

**CERVICAL ROM / COMPR / DISTR...**

- FLEX\_\_\_\_\_/55 pain\_\_\_\_
- EXT\_\_\_\_\_/45 pain\_\_\_\_
- ROT\_\_\_/80 (pain)
- LAT FLEX\_\_\_/40 (pain)
- SHRUGH (pain)
- SHOULDER DEPR (pain)
- DISTRACTION (pain)
- NEUTRAL COMP (pain)
- FLEX COMP (pain)
- EXT COMP (pain)
- LAT FLEX COMP (pain)
- MAX COMP (pain)
- ROOT TENSION

**ASCULTATION**

- LUNGS
- CAROTIDS
- SUBCLAVIANS
- TEMPORALS
- HEART

**LUMBAR ROM**

- FLEX\_\_\_\_/(90) pain\_\_\_\_
- EXT\_\_\_\_/(30) pain\_\_\_\_
- LAT FLEX \_\_\_/(30) (pain)
- ROT \_\_\_/(30) (pain)

R Supine L

- VISCERAL ASCULT.
- VISCERAL PALP.
- SLR (R/L) (deg.)
- BRAGGARD (R/L)
- ROOT TENSION
- WELL LEG RAISE (R/L)
- PATRIC FABERE
- HAMSTRING'S REF.
- SOTO HALL (Bruzinsky)
- SHORT LEG

Notes:

L Prone R

- NACHLAS
- ELY'S
- YEOMAN'S
- HIBB'S
- SHORT LEG
- SPINOUS TAP











**CHIROPRACTICA ABC**  
BRESCIA, TORRICELLA DI SOPRA 33 A/B, 25127 (BS), ITALIA  
TEL./FAX. 030.2410093 – 329.5386824

[WWW.CHIROPRACTICA-ABC.IT](http://WWW.CHIROPRACTICA-ABC.IT)