

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

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'intensita' del dolore su una scala da 0 a 10, dove 0 significa assenza di dolore e 10 indica il dolore fisico piu' forte che si possa provare: (perfavore indicatelo con un segno nel seguente grafico)

0 ————— 5 ————— 10

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? _____

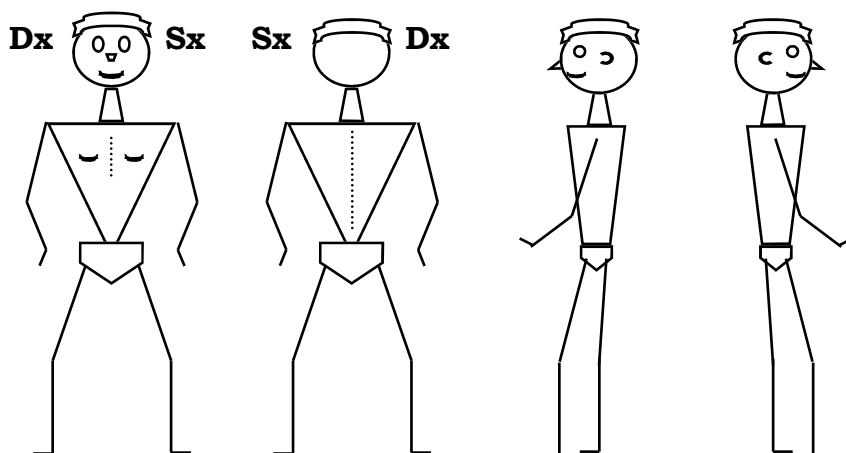
C'e' qualcosa d'altro associato al dolore? _____

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 parto: _____

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 FAMIGLIARE:**

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 FAMIGLIARE:

	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					

General Physical examination

NAME: _____ DATE: _____

EXAMINATION PERFORMED BY: _____

Apperence: excellent good fair poor debilitant well/under nourished overweight

Demeanor: alert orientated cooperative other _____

Distress: none mild moderate severe incapacitating other _____

Body deformity: none acquired congenital describe _____

Gait: unremarcable guarded limp(R/L) needs assistance unable to walk uses support (R/L) other _____

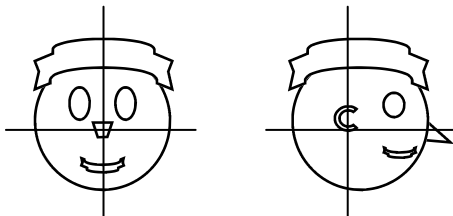
Standing

Subluxations & Adjusting plan

Subl. L Adjusting Subl. R

R Exams L

Romberg (e. open/closed)
 Rebound test
 Rotational test
 Fingher to nose (e. open/closed)
 Fingher to finger (e. open/closed)
 Dysdiadochokinesis (e. open/closed)
 Piano playing (e. open/closed)
 Trendellemburg (e. open/closed)
 Kemp's
 Adam's (e. open/closed)
 Tandem walk (e. open/closed)
 Heel walk
 Toes walk
 Supraspinatus m.m. strenght
 Latissimus d. m.m. strenght



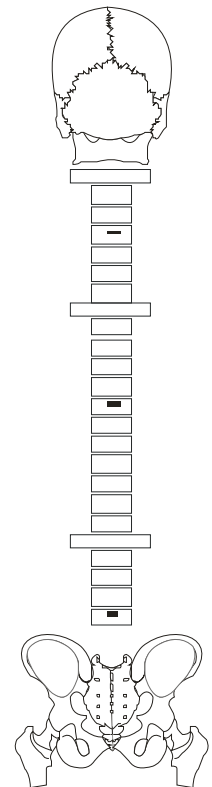
Extra spinal sublux.

R Adjusting L

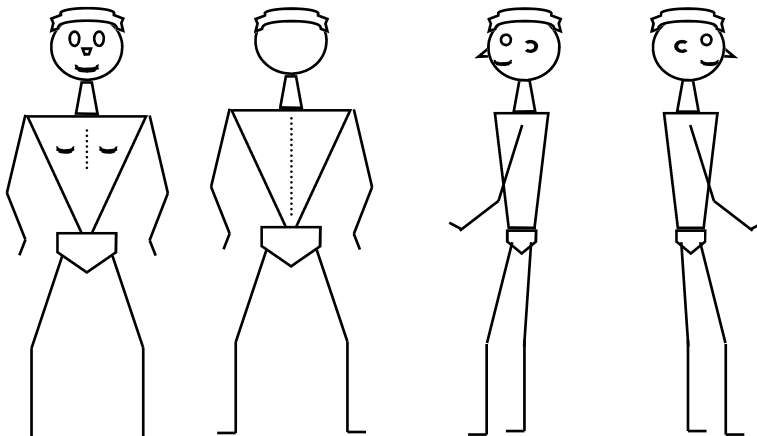
GH
AC
PECT.m.
ELBOW
PRON.tr.
WRIST
FINGH.

INSPECTION:

MASS (M)
SWELLING (S)
BRUISING (B)
DISCOLORA-
TION (DS)
VARICES (VC)
CICATRIX (C)
 Size (Cm.____)



POSTURAL INSPECTION



R Vital signs L

Height _____

Weight _____

Temp. _____

Blood Pressure

Sitting

Standing

Supine

Pulse rate

Resp. Rate

PO₂

Notes: _____

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

L **Prone** R

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

Notes:

[illegible]

[illegible]



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

WWW.CHIROPRACTICA-ABC.IT