Clinique Chiropratique Saguenay
727, Bd Barrette
Chicoutimi (Québec) G7J 4C4

Téléphone : (418) 698-1367
www.chirosaguenay.ca

Questionnaire et formulaire femme enceinte

Nom	**Nom Conjoint**
Prénom	**Tél bureau :**
Adresse	**Cellulaire :**
Ville	
Code Postal	**Courriel :**
Naissance (J/M/A)	**Occupation :**
Carte Ass. Maladie	
Comment avez-vous choisie notre clinique ? (Cochez)	☐ **Page Jaunes** ☐ **Publicité** ☐ **Emplacement** ☐ **Référence (S.V.P. Inscrire le nom) :**
Motif de la consultation :	
Êtes-vous suivi par : ☐ **Obstétricien** ☐ **sage-femme** ☐ **Médecin de famille** ☐ **Autres :**	**À quel endroit prévoyez-vous accoucher :** ☐**À la maison** ☐ **À l'hôpital** ☐**Centre de naissance**
À quelle fréquence consultez-vous votre médecin présentement :	**Avez-vous d'autres enfants ?** **Si oui, combien ?** **Durée des accouchements:**
Prenez-vous des médications présentement ? Si oui, lesquels ?	
Avez-vous eu des examens spécifiques pendant votre grossesse ? Si oui, lesquels ?	
Pratiquez-vous des activités physiques ? Lesquelles ?	
Avez-vous déjà utilisé l'épidurale pour un autre accouchement ? ☐ **Oui** ☐**Non**	
Combien de temps prévoyez-vous rester à la maison après l'accouchement ?	
Dans quelle position se trouve le bébé actuellement ?	
Avez-vous déjà subi une césarienne ?	☐**Oui** ☐**Non**
Quel moyen utiliserez-vous pour nourrir votre bébé ? ☐**Allaitement :** ☐ **Biberon**	
Êtes-vous ou avez-vous déjà été fumeur ?	☐ **Oui** ☐ **Non**
Difficultés pendant la grossesse ?	
Dernière visite chez le médecin/ Date	**Raison :**

Je déclare avoir répondu au meilleur de mes connaissances au questionnaire et j'informerai le praticien de tout changement qui pourrait survenir.
Je me reconnais personnellement responsable envers le professionnel de tout solde impayé et des frais qui pourraient en résulter.

Date (j/m/a) : **Signature:**_____