



ANTÉCÉDENTS PÉDIATRIQUES

Merci de nous donner l'opportunité d'aider votre enfant à atteindre son plein potentiel. Afin de nous aider à mieux vous servir, veuillez compléter le questionnaire qui suit. S'il-vous plaît, laissez-nous savoir comment nous pouvons travailler ensemble, afin d'améliorer la santé de votre famille.

Form containing personal and contact information: Nom, Prénom, Date de naissance, Sexe, Taille, Poids, Nom des parents, Adresses courriel, Téléphone, Adresse principale de l'enfant, Ville, Code postal, *Autre adresse s'il y a lieu, *Durée de la garde partagé, Qui vous a recommandé notre bureau?

Form for medical history: Raison de votre visite, Autre(s) docteur(s) consulté(s), Noms des docteurs et traitements reçus ou recommandés, Autres problèmes de santé?

Cochez (✓) les conditions dont à souffert votre enfant depuis les six dernier mois.

Faites un (x) s'il a souffert de ces conditions il y a plus de 6 mois:

- List of medical conditions with checkboxes: Otites, Coliques, Scoliose, Dyslexie, Convulsion, Douleur au dos, Troubles digestifs, Maux de tête, Séparation parents, Fièvre récurrente, Accident d'auto, Asthme / Allergies, Hyperactivité, Stress émotifs, Rhumes à répétitions, Énurésie (Mouiller son lit), Douleur de croissance, Syndrome déficience de l'attention, Constipation.

Autre: _____

Antécédents familiaux: _____

Ordre de naissance:(ex. 1er né) _____

Noms et âges des frères ou sœurs : _____

Noms et âges des demi-frères ou demi-sœurs biologiques: _____

Date de la dernière visite chez un chiropraticien : _____ Nom du chiropraticien: _____

Date de la dernière visite chez un pédiatre / médecin de famille: _____ Motif: _____

Nom du pédiatre / médecin de famille: _____

Nombre de traitements antibiotiques prescrits à votre enfant : pendant les six derniers mois _____, au total de sa vie: _____, Motifs: _____

Nombre de prescriptions de médicaments que votre enfant a reçues: pendant les six derniers mois _____, au total de sa vie: _____, Lesquels : _____

Fréquence d'utilisation de "Tylenol" ou autre médicament sans prescription : pendant les six derniers mois _____, au total de sa vie: _____, Motifs: _____

Étiez-vous satisfait(e) des soins reçus de votre pédiatre : Oui Non

Vaccins : Lesquels et quand: _____

HISTOIRE PRÉNATALE



Nom : _____

Saint-Romuald

D.N. : _____ Date : _____

Nom du gynécologue, ou de la sage-femme : _____

Complication de la grossesse : Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

Nombre d'échographies pendant la grossesse : _____ Motifs : _____

Médicament(s) pendant la grossesse : _____ Motifs : _____

Médicament(s) pendant l'accouchement : _____ Motifs : _____

Cigarette / alcool pendant la grossesse : Oui Non Combien : _____

HISTOIRE DE L'ACCOUCHEMENT

Lieu de naissance : Hôpital Maison Maison des naissances

Présentation du bébé: Tête vers le haut Tête vers le bas Siège Durée de l'accouchement: _____ hres

Intervention pendant l'accouchement: Oui Non

Si oui, laquelle / lesquelles:

Forceps Épisiotomie Extraction manuelle Rupture des membranes Provoqué

Épidural Ventouse Césarienne d'urgence Césarienne planifié

Autre complication: _____

Poids à la naissance : _____ Grandeur: _____ Tests APGAR : _____/10, _____/10, _____/10

Jaunisse: Oui Non Cyanose : Oui Non

Anomalies congénitales : _____

Chirurgie ou médication dans les 14 premiers jours : _____

Temps entre l'accouchement et le contact direct avec la mère : _____

Longueur du séjour à l'hôpital de l'(les)enfant(s) : _____

HISTOIRE ALIMENTAIRE

Lait **maternel**: Oui Non Combien de jours ou mois : _____

Préférence d'un sein à l'allaitement ? Si oui, lequel? _____

Lait **maternisé**: Oui Non Combien de mois : _____ Type : _____

Fréquence du hoquet par jour/semaine: _____ jusqu'à _____ (âge).

Introduction aux solides à _____ mois. Lesquels _____ :

Allergies, intolérances alimentaires de l'enfant: Oui Non Lesquelles: _____ Allergies,

intolérances alimentaires des parents: Oui Non Lesquelles: _____

Aliments préférés? : (ex fromage) _____

HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT

C'est pendant l'enfance que la colonne vertébrale et le système nerveux de votre enfant sont les plus vulnérables et devraient être vérifiés régulièrement par un docteur en chiropratique. À quel âge votre enfant a-t-il :

_____ Répondu au son _____ Rampé

_____ Répondu au stimulus manuel _____ Marché à quatre pattes

_____ Tenu sa tête _____ Marché

_____ S'est-il assis _____ S'est-il tenu debout

Votre enfant est-il : Droitier Gaucher Ambidextre Trop jeune pour savoir

Selon le conseil national de la sécurité, environ 50% des enfants tombent sur la tête d'une hauteur appréciable (lit, chaise haute, table à langer, escalier)? Est-ce que ce fût le cas de votre enfant? Oui Non

Décrivez : _____

Est-ce que votre enfant pratique ou a pratiqué un sport de contact / avec chutes fréquentes : soccer, football, hockey, arts martiaux, patinage artistique, gymnastique, etc? Oui Non

Lesquels : _____



Nom : _____

Saint-Romuald

D.N. : _____ Date : _____

Votre enfant a-t-il été impliqué dans un accident d'automobile : Oui Non Quand: _____

Est-ce que votre enfant a été vu en salle d'urgence : Oui Non Quand: _____

Est-ce que votre enfant a déjà été hospitalisé : Oui Non Quand: _____

Fracture ou autre traumatisme: _____

Chirurgies: _____

Votre enfant vit-il des défis à la garderie ou l'école ? _____

Votre enfant a-t-il vécu ou vit-il des insécurités présentement? Oui Non Lesquels: _____

Votre enfant souffre-t-il de tics ou de manies? Oui Non Lesquels: _____

MALADIES INFANTILES

Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non âge :	Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non âge :
Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non âge :	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non âge :
Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non âge :	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non âge :

HABITUDES DE VIE

Posture couchée : Dos Côté Ventre

Posture debout : Bonne Moyenne Mauvaise

Posture assise : Bonne De côté Affaissé Jambes en "W " Dos rond

Nombres d'heures passées devant : Ipad ou Iphone _____

Télévision _____

Ordinateur _____

Jeux vidéo (wii, xbox, etc.) _____

COMMUNICATION TÉLÉPHONIQUE :

De quelle façon est-ce préférable de vous rejoindre ? Résidence Cellulaire Bureau Courriel

Autorisez-vous la clinique à communiquer avec vous par courriel ? Oui Non

Autorisez-vous la clinique à laisser un message au numéro spécifié pour confirmer un rendez-vous ? Oui Non

Désirez-vous qu'un rappel soit effectué la veille de votre rendez-vous ? Oui Non

Par : Téléphone Courriel

AUTORISATION DE PRODIGUER DES SOINS À UN(E) MINEUR(E)

- Je déclare avoir rempli ce questionnaire au meilleur de mes connaissances.
- J'autorise par la présente la chiropraticienne à effectuer les examens qu'elle jugera nécessaire à l'ouverture du dossier de l'enfant. Il est possible que certains patients ressentent des courbatures ou une légère aggravation des symptômes suite à l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée mais il est important de les mentionner à votre chiropraticienne lors de votre prochaine visite.
- Je comprends que les radiographies, les examens et les soins chiropratiques sont payables à chaque visite, à moins que d'autres arrangements aient été faits au préalable. Les radiographies demeurent la propriété de la clinique.

Nom d'un parent / tuteur: _____

Signature: _____

Témoin : _____ Date: _____