



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.

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : an ____ / ms ____ / jr ____ **Identité de genre:** ☐ F. ☐ M. ☐ X. **Taille :** ____ **Poids :** ____

Nom des parents : #1 : _____ **# de téléphone :** _____ **# cell :** _____

Adresse courriel : _____ **# au bureau :** _____

#2 : _____ **# de téléphone :** _____ **# cell :** _____

Adresse courriel : _____ **# au bureau :** _____

L'enfant habite principalement avec : ☐ les deux parents ☐ le parent #1 ☐ le parent #2

Adresse principale de l'enfant: _____

Ville : _____ **Code postal :** _____

***Autre adresse s'il y a lieu :** _____

Ville : _____ **Code postal :** _____

***Durée de la garde partagé, s'il y a lieu (1 semaine sur 2, 1 fin de semaine sur 2, autre)** _____

Qui vous a recommandé notre bureau ? : _____ ☐ Connaissance ☐ Google ☐ Facebook

☐ Pages jaunes ☐ Enseignes ☐ Autre professionnel

Raison de votre visite : _____

Autre(s) docteur(s) consulté(s) : ☐ Non ☐ Oui

Noms des docteurs et traitements reçus ou recommandés: _____

Autres problèmes de santé? _____

Cochez (v) 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:

- | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|
| ☐ Otites | ☐ Douleur au dos | ☐ Fièvre récurrente | ☐ Rhumes à répétitions |
| ☐ Coliques | ☐ Troubles digestifs | ☐ Accident d'auto | ☐ Énurésie (Mouiller son lit) |
| ☐ Scoliose | ☐ Maux de tête | ☐ Asthme / Allergies | ☐ Douleur de croissance |
| ☐ Dyslexie | ☐ Séparation parents | ☐ Hyperactivité | ☐ Syndrome déficience de l'attention |
| ☐ Convulsion | ☐ Stress émotifs | ☐ 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: _____



Nom : _____

D.N. : _____ Date : _____

HISTOIRE PRÉNATALE

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 : _____

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 ☐ Oui ☐ Non âge : _____

Rubéole ☐ Oui ☐ Non âge : _____

Oreillons ☐ Oui ☐ Non âge : _____

Varicelle ☐ Oui ☐ Non âge : _____

Scarlatine ☐ Oui ☐ Non âge : _____

Coqueluche ☐ Oui ☐ 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: _____