

## 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 de l'enfant: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ No. tél. maison: \_\_\_\_\_ Travail: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Longueur du séjour avec l'enfant (Temps plein, aux 2 semaines, autres) : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_ No. tél. maison: \_\_\_\_\_ Travail: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Longueur du séjour avec l'enfant (Temps plein, aux 2 semaines, autres) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Sexe de l'enfant: \_\_\_\_\_ Poids actuel: \_\_\_\_\_ Grandeur actuelle: \_\_\_\_\_

Recommandé par : \_\_\_\_\_

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 (✓) les conditions dont a 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:

- |                                     |   |   |   |
|-------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Otites     | <input type="checkbox"/> Douleur au dos     | <input type="checkbox"/> Fièvre récurrente  | <input type="checkbox"/> Rhumes à répétitions               |
| <input type="checkbox"/> Coliques   | <input type="checkbox"/> Troubles digestifs | <input type="checkbox"/> Accident d'auto    | <input type="checkbox"/> Énurésie (Mouiller son lit)        |
| <input type="checkbox"/> Scoliose   | <input type="checkbox"/> Maux de tête       | <input type="checkbox"/> Asthme / Allergies | <input type="checkbox"/> Douleur de croissance              |
| <input type="checkbox"/> Dyslexie   | <input type="checkbox"/> Séparation parents | <input type="checkbox"/> Hyperactivité      | <input type="checkbox"/> Syndrome déficience de l'attention |
| <input type="checkbox"/> Convulsion |   | <input type="checkbox"/> Stress émotifs     | <input type="checkbox"/> Constipation                       |

Autre: \_\_\_\_\_

Antécédents familiaux: \_\_\_\_\_

Ordre de naissance:(ex. 1er né) \_\_\_\_\_

Noms et âges des frères ou soeur: \_\_\_\_\_

Longueur du séjour avec l'(les)enfant(s) : \_\_\_\_\_

Noms et âges des demi-frères ou demi-soeurs biologiques: \_\_\_\_\_

Longueur du séjour avec l'(les)enfant(s) : \_\_\_\_\_

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 : Non  Oui

Vaccins : Lesquels et quand: \_\_\_\_\_

## HISTOIRE PRÉNATALE

Nom du gynécologue, ou de la sage-femme : \_\_\_\_\_  
Complication de la grossesse : Non  Oui   
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 : Non  Oui  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: Non  Oui   
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: Non  Oui  Cyanose : Non  Oui   
Anomalies congénitales : \_\_\_\_\_  
Chirurgie ou médication dans les 14 premiers jours : \_\_\_\_\_  
Temps entre l'accouchement et le contact direct avec la mère : \_\_\_\_\_

## HISTOIRE ALIMENTAIRE

Lait **maternel**: Non  Oui  Combien de jours ou mois : \_\_\_\_\_  
Préférence d'un sein à l'allaitement ? Si oui, lequel? \_\_\_\_\_  
Lait **maternisé**: Non  Oui  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: Non  Oui  Lesquelles: \_\_\_\_\_  
Allergies, intolérances alimentaires des parents: Non  Oui  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  
\_\_\_\_\_ Répondu au stimulus manuel  
\_\_\_\_\_ Tenu sa tête  
\_\_\_\_\_ S'est-il assis  
\_\_\_\_\_ Rampé  
\_\_\_\_\_ Marché à quatre pattes  
\_\_\_\_\_ Marché  
\_\_\_\_\_ 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? Non  Oui

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? Non  Oui   
Lesquels : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il été impliqué dans un accident d'automobile : Non  Oui  Quand: \_\_\_\_\_  
Est-ce que votre enfant a été vu en salle d'urgence : Non  Oui  Quand: \_\_\_\_\_  
Est-ce que votre enfant a déjà été hospitalisé : Non  Oui  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? Non  Oui  Lesquels: \_\_\_\_\_  
Votre enfant souffre-t-il de tics ou de manies? Non  Oui  Lesquels: \_\_\_\_\_

### **MALADIES INFANTILES**

Rougeole	Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> âge :	Varicelle	Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> âge :
Rubéole	Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> âge :	Scarlatine	Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> âge :
Oreillons	Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> âge :	Coqueluche	Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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..) \_\_\_\_\_

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

**J'autorise par la présente le(s) chiropraticien(s) du Centre chiropratique Saint-Romuald et son personnel à examiner \_\_\_\_\_ (nom de l'enfant) et par la suite à prodiguer les soins tels que jugés nécessaires à mon fils/ à ma fille/ à l'enfant dont j'ai la tutelle ou la garde. Je m'engage à payer tous les frais et honoraires pour les soins prodigués à cet enfant. Toutes radiographies qui pourraient être prises restent la propriété du Centre chiropratique Saint-Romuald.**

Nom d'un parent / tuteur: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Témoin : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_