

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom, Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : F M

Nom de la mère : _____ Nom du père : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone : Rés. : _____ Bur. : Mère : _____ Père : _____

État civil des parents : _____ Nombre d'enfants dans la famille : _____

Raison de la présente consultation : _____

Avez-vous consulté un autre professionnel de la santé pour ce problème ? Oui Non, si oui lequel : _____

Dernière visite médicale : Date : _____ Raison : _____

Nom du pédiatre ou du médecin de famille : _____

Qui vous a référé à la clinique ? _____ Courriel : _____

HISTORIQUE DE GROSSESSE :

Problèmes durant la grossesse : _____

HISTORIQUE DE NAISSANCE :

Lieu de naissance : Hôpital Maison de Naissance À la maison

Naissance : À terme Prématurée Après terme

Type : Vaginale Forceps ou ventouses Césarienne Épidurale Pitocin (Provocation) Siège

Poids à la naissance : _____ Taille à la naissance : _____ APGAR : _____

Difficultés durant l'accouchement : _____

Durée du travail : _____ Durée de la poussée : _____

Difficultés après l'accouchement : _____

Anomalies congénitales : _____

HISTORIQUE DE VIE :

Allaitement : Au sein À la bouteille Lait maternisé

Nombre d'heures de sommeil / nuit : _____ Sa qualité : Bon Moyen Pauvre

Historique de vaccination : _____

Maladies infantiles : _____

Prise de médicaments/suppléments depuis sa naissance : _____

À quel âge, approximativement, votre enfant a-t-il commencé à :

S'asseoir seul : _____ Marcher à quatre pattes : _____

Se tenir sur ses jambes : _____ Marcher seul : _____

Parler : _____

VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ SOUFFERT, OU SOUFFRE-T-IL DE :

<input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Caries dentaires <input type="checkbox"/> Coliques <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Difficultés scolaires <input type="checkbox"/> Douleurs de croissance <input type="checkbox"/> Entorses fréquentes <input type="checkbox"/> Énurésie (pipi au lit) <input type="checkbox"/> Évanouissements <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatoïde	<input type="checkbox"/> Fractures <input type="checkbox"/> Gripes fréquentes <input type="checkbox"/> Hyperactivité <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Infections à répétition <input type="checkbox"/> Manque d'énergie <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Maux de dos <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Otites <input type="checkbox"/> Paralysies <input type="checkbox"/> Perte d'appétit <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Problèmes au cou <input type="checkbox"/> Problèmes au dos <input type="checkbox"/> Problèmes aux bras	<input type="checkbox"/> Problèmes aux jambes <input type="checkbox"/> Problèmes aux pieds <input type="checkbox"/> Problèmes de la peau <input type="checkbox"/> Problèmes de marche <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Sinusites <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques <input type="checkbox"/> Troubles de sommeil <input type="checkbox"/> Troubles respiratoires <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Autres : _____ _____
---	--	---

A-t-il déjà été hospitalisé ? Oui Non

Spécifier : _____

A-t-il déjà subi une opération ? Oui Non

Spécifier : _____

A-t-il déjà été victime d'un accident ? Oui Non

Spécifier : _____

A-t-il déjà fait une chute sévère ? Oui Non

Spécifier : _____

Tombe-t-il fréquemment ? Oui Non

Spécifier : _____

Doit-il ou a-t-il déjà porté des orthèses ? Oui Non

Spécifier : _____

A-t-il déjà été traité aux antibiotiques ? Oui Non

Spécifier : _____

Diète : Mange de tout Végétarien Suppléments

Aliments à éviter : _____

AUTORISATION

Je soussigné, en ma qualité de parent / tuteur, autorise le docteur _____ à examiner et / ou radiographier et / ou prodiguer les soins requis à _____ pour le rétablissement de la condition exposée. Je réalise que je suis responsable des frais encourus pour les services rendus par cette clinique. Les radiographies et le dossier, s'il y a lieu, demeurent la propriété de cette clinique.

Signature du parent ou tuteur