

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F / M D/N : an ____/ms ____/jr ____
Nom de la mère : _____ Nom du père : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Code Postal : _____
Tél. Résidence : _____ Bur. :Mère : _____ Père : _____
Nombre d'enfants dans la famille : _____ Rang de l'enfant dans la famille : _____
Courriel : _____
Comment avez-vous été référé à la clinique ? Cochez l'endroit approprié :
 Référence (nom du patient) : _____ pagesjaunes.ca Pagesjaunes APP Google
 Site Web Publicité, Journal ou kiosque Facebook Autre professionnel : _____

MOTIF DE CONSULTATION

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 : _____

HISTORIQUE DE GROSSESSE

Difficultés 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

Difficultés durant l'accouchement : _____

Durée du travail : _____ Durée de la poussée : _____

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

Position du cordon ombilical : Normal Entourant le cou

Difficultés après l'accouchement : _____

Anomalies congénitales : _____

HISTORIQUE DE VIE

Allaitement : Au sein durée : _____ À la bouteille Lait maternisé

Sommeil : _____ heures par nuit Qualité du sommeil : Bon Moyen Agité

Historique de vaccination : _____

Maladies infantiles : _____

Prise de médicaments/suppléments depuis sa naissance : _____

HISTORIQUE DU DÉVELOPPEMENT

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

Suivre un objet des yeux : _____ Réagir au son : _____

Tenir sa tête seul : _____ S'asseoir seul : _____

Marcher à quatre pattes : _____ Se tenir sur ses jambes : _____

Marcher seul : _____ Parler : _____

QUESTIONNAIRE SANTÉ

Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de :

- | | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergies _____ | <input type="checkbox"/> Gripes fréquentes | <input type="checkbox"/> Problèmes de comportement |
| <input type="checkbox"/> Amygdalites/laryngites | <input type="checkbox"/> Hernie | <input type="checkbox"/> Rougeole |
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Hyperactivité | <input type="checkbox"/> Rubéole |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Saignements de nez |
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Hypoglycémie | <input type="checkbox"/> Sang dans les selles |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire | <input type="checkbox"/> Sang dans les urines |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Maux de dos | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Convulsions/Épilepsie | <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Sinusites |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Mauvais appétit | <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Méningites | <input type="checkbox"/> Troubles respiratoires |
| <input type="checkbox"/> Douleurs de croissance | <input type="checkbox"/> Œdème/enflure | <input type="checkbox"/> Troubles digestifs |
| <input type="checkbox"/> Énurésie (pipi au lit) | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Entorses fréquentes | <input type="checkbox"/> Otites | <input type="checkbox"/> Varicelle |
| <input type="checkbox"/> Évanouissement | <input type="checkbox"/> Paralysies | <input type="checkbox"/> Vertiges |
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Vomissements |
| <input type="checkbox"/> Fracture | | |

A-t-il déjà été Hospitalisé ? _____ Spécifiez : _____

A-t-il déjà subi une opération ? _____ Spécifiez : _____

A-t-il déjà été victime d'un accident ? _____ Spécifiez : _____

A-t-il déjà fait une chute sévère ? _____ Spécifiez : _____

Doit-il ou a-t-il déjà porté des orthèses ? _____ Spécifiez : _____

A-t-il déjà été traité aux antibiotiques ? _____ Spécifiez : _____

Diète : Mange de tout Végétarien Suppléments

Aliments à éviter : _____

Autorisation

Je soussigné, en ma qualité de parent/tuteur, autorise le docteur en chiropratique à examiner et/ou radiographier et/ou prodiguer les soins requis à _____ pour le rétablissement de la condition exposée. Le parent sera responsable des frais encourus pour les services rendus dans cette clinique. Les radiographies et le dossier demeurent la propriété de la clinique.

Signature du parent ou tuteur _____ date : _____