

**CONSULTATION PEDIATRIQUE**

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	Ville :	Code postal :
Courriel :	Sexe :	M    F
Âge :	Poids :	Taille :
Quel est le nom du patient qui vous réfère à notre clinique?		
Notre clinique vous est connu par : <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> enseigne <input type="checkbox"/> publicité <input type="checkbox"/> autre :		

**INFORMATION DES PARENTS / TUTEURS :**

<b>MÈRE</b>	Nom :	Prénom :
Tél. maison :	Tél. Cellulaire :	Occupation :
<b>PÈRE</b>	Nom :	Prénom :
Tél. maison :	Tél. Cellulaire :	Occupation :

**RAISON DE LA CONSULTATION**

Indiquez les problèmes de santé de votre enfant par ordre d'importance.     PRÉVENTION

1.
2.

Depuis combien de temps avez-vous observé ce problème chez votre enfant? \_\_\_\_\_

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

<b>N O</b>	<b>N O</b>	<b>N O</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Énurésies (pipi au lit)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Torticolis congénital
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleur au cou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleur au dos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asthme
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleur articulaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles des sinus
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Roséole	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problèmes orthopédiques
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paralysie
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Évanouissement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trouble digestifs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fracture d'os
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleur de croissance
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthrite	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hernie discale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otites
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anémie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsions	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hyperactivité	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrhées
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trouble de la marche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constipation

**DÉCRIVEZ LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT**

_____
_____
_____
_____

## DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

### PENDANT LA GROSSESSE

Nombre de semaine de gestation : \_\_\_\_\_

Indiquez si la mère a-t-elle souffert de :  diabète de grossesse  pré-éclampsie  éclampsie

### NAISSANCE ET ACCOUCHEMENT

Lieu de naissance :  Domicile  maison de naissance  hôpital \_\_\_\_\_

Quelle était la présentation du bébé?  Tête  visage  siège  autre : \_\_\_\_\_

Combien de temps a duré l'accouchement (travail) : \_\_\_\_\_

Combien de temps la mère a-t-elle poussé? \_\_\_\_\_

L'accouchement a-t-il été provoqué?  Oui  non Péridurale?  Oui  non Césarienne?  Oui  non

La tête a-t-elle été tirée?  Oui  non  forceps  ventouses  extraction manuelle

Difficulté durant l'accouchement : \_\_\_\_\_

Médication utilisé durant l'accouchement :  oui  non précisez : \_\_\_\_\_

Complication à la naissance : \_\_\_\_\_

A la naissance APGAR: \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Grandeur : \_\_\_\_\_

Poids actuel : \_\_\_\_\_ Grandeur actuelle : \_\_\_\_\_

Condition à la naissance :  jaunisse  fracture  autre : \_\_\_\_\_

### CROISSANCE ET DEVELOPPEMENT

L'enfant a été nourri par...  Allaitement jusqu'à : \_\_\_\_\_ mois

Formule maternisée de \_\_\_\_\_ mois à \_\_\_\_\_ mois

Difficulté durant l'allaitement ou biberon? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il reçu des vaccins? Si Oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

L'enfant boit-il du lait de vache?  Oui  non Quantité par jour : \_\_\_\_\_

Premier aliment solide introduit : \_\_\_\_\_

Sommeil :  Bon  moyen  agité

Sieste : \_\_\_\_\_ heures par jour

A quel âge l'enfant a commencé à : marcher \_\_\_\_\_ ramper \_\_\_\_\_ marcher à 4 pattes \_\_\_\_\_

A-t-il des allergies? \_\_\_\_\_

A-t-il consommé des antibiotiques?  Non  Si oui, à quelle âge ? \_\_\_\_\_

Si votre enfant a déjà eu des chutes sur la tête ou autres?  Non  oui

Ex : escalier, panier d'épicerie, balançoire, lit etc...

Précisez les circonstances et l'âge : \_\_\_\_\_

Si votre enfant a été impliqué dans un accident d'auto, précisez les circonstances de l'impact et l'âge : \_\_\_\_\_

Consomme-t-il des médicaments? Lesquelles : \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION POUR TOUS

Je déclare que toute les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et je consens à ce que mon enfant subisse les examens nécessaires. Tel que stipulé à l'article 3.07.01 du *Code de déontologie des chiropraticiens*, les dossiers et radiographies originaux sont la propriété du chiropraticien. Des photocopies peuvent être disponibles sur demande moyennant des frais.

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

