

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) : _____
Sexe de l'enfant: _____ Poids actuel: _____ Grandeur actuel: _____
Recommander 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

HISTOIRE DE L'ACCOUCHEMENT (suite)

Autre complication: _____

Poids à la naissance : _____ Grandeur: _____ Tests APGAR : _____ /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 directe 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 Lesquels: _____

Allergies, intolérances alimentaires des parents: Non Oui Lesquels: _____

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 stimuli 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? 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: _____
 Fracture ou autre traumatisme: _____
 Chirurgies: _____
 Posture couché : Dos Côté Ventre
 Posture debout : Bonne Moyenne Mauvaise
 Posture assise : Bonne De côté Affaissé Jambes en "W" Dos rond
 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: _____

MALADIE INFANTILE

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 :

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

J'autorise par la présente le(s) chiropraticien(s) de la Source de Vitalité et son personnel à examiner _____ (nom de l'enfant) et par la suite à prodiguer les soins tels que juger nécessaire 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 de santé La Source de Vitalité.

Nom d'un parent / tuteur: _____

Signature: _____

Témoin : _____ Date: _____