

ANTÉCÉDENTS PÉDIATRIQUES

C'est pour nous un immense plaisir de vous accueillir à notre clinique. 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 du patient _____

Adresse: _____ Ville: _____ Code postal: _____

Téléphone parents maison: _____ Travail: _____

Date de naissance: ____ / ____ / ____ Sexe: ____ Poids: ____ Grandeur: _____

Nom du père ou de la mère: _____ Référé par: _____

Raison de votre visite: _____

Autre(s) docteur(s) consulté(s) pour cette condition: OUI ou NON _____

Noms des docteurs et traitements reçus ou recommandé _____

Autres problèmes de santé ? _____

Cochez les conditions dont a souffert votre enfant depuis les six dernier mois:

___ Infections d'oreilles ___ Scoliose ___ Convulsions ___ Fièvre récurrente

___ Asthme / Allergies ___ Troubles digestifs ___ Accident d'auto ___ Maux de tête

___ Coliques ___ Énurésie (mouiller son lit) ___ Rhumes (à répétitions) ___ Hyperactivité

___ Douleur de croissance ___ Douleur au dos ___ Dyslexie

___ Syndrome déficience de l'attention

Autres: _____

Antécédents familiaux: _____

Nom du chiropraticien: _____

Date de la dernière visite: ____ / ____ / ____ Raison: _____

Nom du pédiatre: _____

Date de la dernière visite: ____ / ____ / ____ Raison: _____

Nombre de traitements antibiotiques prescrits à votre enfant

pendant les six derniers mois _____ Au total dans sa vie: _____

Nombre de prescriptions de médicaments que votre enfant a reçues

pendant les six derniers mois _____ Au total dans sa vie: _____

Étiez-vous satisfait(e) des soins reçus de votre pédiatre? OUI ou NON _____

Vaccins: Lesquels et quand: _____

HISTOIRE PRÉNATALE

Nom du gynécologue, ou de la sage-femme: _____

Complication de la grossesse: OUI ou NON _____ Si oui, lesquelles: _____

Nombre d'échographies pendant la grossesse _____ Raison: _____

Médicament(s) pendant la grossesse: _____ Raison: _____

Médicament(s) pendant l'accouchement: _____ Raison: _____

Cigarette/alcool pendant la grossesse: OUI ou NON _____

Lieu de la naissance: Hôpital: _____ Maison: _____ Maison des naissances: _____

Intervention pendant l'accouchement: Forceps: _____ Extraction ventouse: _____

Césarienne d'urgence: _____ ou planifié: _____ Péridural: _____

Complications pendant l'accouchement: OUI ou NON _____

Désordre génétique: OUI ou NON _____

Poids à la naissance: _____ Grandeur: _____ Tests APGAR: _____

HISTOIRE ALIMENTAIRE

Lait **maternel**: OUI ou NON _____ Combien de mois: _____

Lait **maternisé**: OUI ou NON _____ Combien de mois: _____ Type: _____

Introduction aux solides à: _____ mois

Allergies, intolérances alimentaires: OUI ou NON _____

Allergies, intolérances alimentaires des parents: OUI ou NON _____

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 aux stimuli manuels

_____ Marché à quatre pattes

_____ Tenu sa tête

_____ Marché

_____ S'est-il assis

_____ S'est-il tenu debout

Selon le conseil de la sécurité nationale, 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 pour votre enfant? Oui ou Non _____

Est-ce que votre enfant est ou a été dans un sport de contact (soccer, football, hockey, arts martiaux)?

OUI ou NON _____ Lesquels: _____

Est-ce que votre enfant a été impliqué dans un accident d'automobile: OUI ou NON _____

Est-ce que votre enfant a été vu à la salle d'urgence: OUI ou NON _____

Raison: _____

Traumatisme émotif (Séparation, divorce, violence, décès, déménagement, tests médicaux) :

Chirurgies _____

MALADIE INFANTILE

Rougeole OUI / NON _____ âge: _____ Varicelle OUI / NON _____ âge: _____

Rubéole OUI / NON _____ âge: _____ Scarlatine OUI / NON _____ âge: _____

Oreillons OUI / NON _____ âge: _____ Coqueluche OUI / NON _____ âge: _____

AUTORISATION DE SOINS POUR UN MINEUR

Signature requise sur place par un parent ou un tuteur: _____