

D^r Pierre Bernier, D^{re} Christine Bourque, D^{re} Andrée-Anne Bernier, D^{re} Evelyne Galarneau
CHIROPATICIENS, D.C.

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 suivant.

S'il-vous-plaît, dites-nous comment nous pouvons travailler ensemble afin d'améliorer la santé de votre famille.

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone parents... maison : _____ ...Travail : _____

Courriel parents : _____

Date de naissance : (j/m/a) ____ / ____ / ____ Sexe : ____ Poids : ____ Grandeur : _____

Nom du père : _____ De la mère : _____

Compagnie d'assurance : _____ Numéro de police : _____

Voulez-vous recevoir votre relevé d'assurance par courriel ___ ou papier ___? Oui ___ Non ___

Fréquence (choisir parmi les choix): semaine ___ mois ___ au 3 mois ___ au 6 mois ___

Qui vous a recommandé notre clinique ? _____

Référé par: _____

Raison(s) de votre visite : _____

Autre(s) docteur(s) consulté(s) pour cette condition : Oui _____ Non _____

Noms des docteurs et traitements reçus ou recommandés : _____

Votre enfant a souffert ou souffre (cochez toutes les conditions) :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infections d'oreilles | <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Convulsions |
| <input type="checkbox"/> Fièvre récurrente | <input type="checkbox"/> Asthme / Allergies / Intolérances | <input type="checkbox"/> Rhumes (à répétition) |
| <input type="checkbox"/> Troubles digestifs | <input type="checkbox"/> Coliques | <input type="checkbox"/> Énurésie (mouiller son lit) |
| <input type="checkbox"/> Retard moteur | <input type="checkbox"/> Accident d'auto | |
| <input type="checkbox"/> Plagiocéphalie | <input type="checkbox"/> Allaitement difficile | <input type="checkbox"/> Torticolis |
| <input type="checkbox"/> Douleur de croissance | <input type="checkbox"/> Douleur au dos | <input type="checkbox"/> Scoliose |
| <input type="checkbox"/> Troubles de lecture | <input type="checkbox"/> Troubles d'écriture | <input type="checkbox"/> Trouble de concentration |
| <input type="checkbox"/> Hyperactivité | <input type="checkbox"/> Troubles de mémorisation | <input type="checkbox"/> Trouble de prononciation |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de coordination | <input type="checkbox"/> Dyslexie | |

Autres problèmes de santé : _____

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

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

Nombre de prescriptions de médicaments que votre enfant a reçues

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

Étiez-vous satisfait des soins reçus de votre pédiatre ? Oui _____ Non _____

HISTOIRE PRÉNATALE

Nom du gynécologue et/ou de la sage-femme : _____

Complications de la grossesse : Oui _____ 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 _____ Non _____

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

Complications médicales : Forceps : _____ Extraction ventouse : _____ Détresse fœtale : _____

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

Complications pendant l'accouchement : Oui _____ Non _____

Désordre génétique : Oui _____ Non _____

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

HISTOIRE ALIMENTAIRE

Lait **maternel** : Oui _____ Non _____ Combien de mois : _____

Lait **maternisé** : Oui _____ Non _____ Combien de mois : _____ Type : _____

Introduction aux solides à : _____ mois

Allergies, intolérances alimentaires : Oui _____ Non _____

Allergies, intolérances alimentaires des parents : Oui _____ 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 le cas pour votre enfant ? Oui _____ Non _____

Votre enfant est-il ou a-t-il été dans un sport de contact (soccer, football, hockey, arts martiaux) ?

Oui _____ Non _____ Lesquels : _____

Votre enfant a-t-il été vu à la salle d'urgence ? Oui _____ Non _____

Raison : _____

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

Chirurgies : _____

DÉVELOPPEMENT MOTEUR

1. Cervelet

- Impulsivité mal contrôlée, pics émotionnels
- Hyperactivité ou passivité (oscille entre les 2)

2. RPP

- Faible tolérance au stress
- Timidité, difficulté à s'affirmer
- Hypersensibilité sensorielle aux odeurs
- Mangeur difficile
- Aime se retrouver dans l'obscurité
- A de la difficulté à cibler un objet dans un groupe
- Recherche des sensations intenses au toucher (marcher pieds-nus, objets piquants, rugueux, vêtements serrés)
- Insécurité
- Anxiété
- Insomnie / terreur nocturne / cauchemar
- Mal des transports
- N'aime pas les changements
- Tensions dans les muscles du cou

3. MORO

- Difficulté à s'entendre avec enfant du même âge, entre en conflit
- Tendance à dominer, comportement contrôlant
- Hypersensibilité au toucher auditive à la lumière
- Aime les bruits étranges ou faire du bruit
- Ne répond pas à son nom (ouïe fonctionnelle)
- N'aime pas les contacts rapprochés (soins corporels, brossage de dents, vêtements serrés, marcher pieds nus, câlins, etc.)
- Attirance pour tout ce qui est sucré
- Mauvaise vision nocturne
- Peur du noir, inquiétude
- Immunité faible (asthme, allergie)
- Difficulté de lecture et / ou d'écriture

4. Babkin

- Porte des objets à sa bouche
- Fait des mouvements de bouche en écrivant / lisant
- Mange des aliments d'un certain goût ou texture - À une forte préférence pour certains goûts ou textures
- Aime sentir des objets non comestibles

5. Babinski

- Pieds plats
- Chevilles laxes, se tordent facilement
- Marche sur la pointe des pieds
- N'aime pas porter des chaussures
- Mauvaise coordination
- Orteils s'étirent quand réfléchit ou travaille

6. RTAC

- Manque équilibre et / ou coordination
- Difficulté avec motricité fine, précise
- Difficulté à attacher les lacets, les boutons

- Difficulté avec ciseaux, fourchette
- Difficulté pour activités croisées (ramper)
- Dominance droite / gauche tardive
- Difficulté à tenir le crayon, à écrire, à orthographier
- Tourne sa feuille, travaille de biais
- Dyslexie

7. RTL Avant

- Difficulté à tenir tête droite (penche souvent avant ou de côté)
- Posture voûtée
- Articulations hyperlaxes, très souples
- Difficulté à grimper
- Difficulté à faire du vélo
- Difficulté à nager la brasse
- Tendance à loucher
- Manque d'équilibre en regardant vers le bas (n'aime pas descendre les escaliers)

8. RTL Arrière

- Manque d'équilibre en regardant vers le haut (n'aime pas monter les escaliers)
- Mauvaise orientation dans l'espace
- Devient anxieux dans un jeu en mouvement, si les pieds ne touchent pas le sol, ou la tête en bas
- Ajoute des mouvements lors de tâches simples

9. RTSC

- Se penche sur sa feuille à l'écrit
- Préfère s'asseoir à genou, en indien ou les jambes en W
- Enroule les jambes autour des pieds de chaise
- Difficulté visuelle loin / près (difficulté à recopier à partir du tableau)
- Difficulté avec jeux de ballon
- Faible coordination œil-main
- Faible concentration, attention
- Maux de tête

10. Redressement de la tête (vestibulaire)

- Mauvaise gestion du temps (en retard)
- Dès que les yeux bougent, la tête bouge
- Difficulté à se repérer dans l'espace

11. Galant

- Hyperactif, agité, remuant
- N'aime pas les vêtements serrés
- Énurésie (envie d'uriner au lit)
- Scoliose
- Mauvaise mémoire à court terme

12. Landau

- Maladresse du bas du corps, trébuche
- Mauvaise mémoire à court terme
- Difficulté pour sauter sur un pied
- Mouvements raides, malhabiles
- Semble avoir des muscles faibles
- Douleur dans le dos (cervical / thoracique / lombaire)

MALADIE INFANTILE

Rougeole Oui _____ Non _____ âge: _____

Rubéole Oui _____ Non _____ âge: _____

Oreillons Oui _____ Non _____ âge: _____

Varicelle Oui _____ Non _____ âge: _____

Scarlatine Oui _____ Non _____ âge: _____

Coqueluche Oui _____ Non _____ âge: _____

Vaccins reçus :

_____ Quand : _____

_____ Quand : _____

_____ Quand : _____

_____ Quand : _____

Je déclare avoir rempli ce questionnaire au meilleur de mes connaissances.

Signature du parent sur place ou de la personne responsable.

AUTORISATION DE SOINS POUR UN MINEUR

J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer les examens qu'il jugera nécessaires à l'ouverture de mon enfant. Il est possible que certains patients ressentent des courbatures ou une légère aggravation des symptômes suite à l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée, mais il est important de les mentionner au chiropraticien lors de sa prochaine visite.

Signature du parent sur place ou de la personne responsable.

_____ **Date** (j/m/a) : ____/____/_____