

## ANTÉCÉDENTS PÉDIATRIQUES (4 pages)

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.

Date (j/m/a) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

RAMQ # : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (j/m/a) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Genre : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Grandeur : \_\_\_\_\_

Parent 1 : \_\_\_\_\_ Parent 2 : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Qui vous a recommandé notre clinique ? \_\_\_\_\_

Raison(s) de votre visite : \_\_\_\_\_

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

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 (j/m/a) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_

Nom du pédiatre : \_\_\_\_\_

Date de la dernière visite (j/m/a) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 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 reçus

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 planifiée : \_\_\_\_\_ 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 : \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Sa date de naissance (j/m/a) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 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 enfants 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.)
  - Attrance 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 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 du dossier 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.

**Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Sa date de naissance (j/m/a) :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature du parent ou de la personne responsable :**

\_\_\_\_\_ **Date (j/m/a) :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_