

Questionnaire de santé pédiatrique

Bienvenue à La Vie Chiropratique! Ce formulaire nous est d'une grande utilité. Nous vous invitons à prendre le temps de le compléter de votre mieux. Merci.

Informations personnelles

Nom de l'enfant : _____ Sexe de l'enfant : _____
Date de naissance : Jr ___/mois ___/an ___ Nombre de frères et sœurs : _____ Rang de l'enfant : _____
Nom de la mère : _____ Nom du père : _____
Adresse : _____ Code postal : _____
Téléphone : Résidence : _____ Travail : _____

Motif de consultation

1. **Quelle est la raison de la consultation ?** (Si vous consultez en prévention ou pour une évaluation néonatale passez à la page suivante)

2. **Depuis combien de temps l'enfant est-il affecté par ce problème?** _____

3. **Dans quelle circonstance est apparu le problème ?**

Graduellement Subitement Suite à l'accouchement
Suite à un trauma Je ne sais pas

4. **À quelle fréquence le problème survient-il ?** 5. **Ce problème empêche-t-il votre enfant de ?**

| | | | |
|-------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Constamment | <input type="checkbox"/> | Oui | Non |
| Épisodique | <input type="checkbox"/> | Manger <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rarement | <input type="checkbox"/> | Dormir <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. **Médication**

L'enfant prend-t-il des médicaments, vitamines et/ou suppléments alimentaires avec ou sans prescription? (Si oui, lesquels?) _____

Grossesse

1. **Santé de la mère durant la grossesse**

| | | |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------|
| Maladies | <input type="checkbox"/> | Si oui, décrire : _____ |
| Médicaments | <input type="checkbox"/> | Si oui, lesquels? _____ |
| Drogue, alcool, tabac | <input type="checkbox"/> | |
| Éclampsie | <input type="checkbox"/> | |
| Amniocentèse | <input type="checkbox"/> | |
| Échographie | <input type="checkbox"/> | |

Accouchement

1. **Votre enfant est né :**

Prématuré Si oui, à combien de semaine ? _____
À terme
Post-terme

2. **Votre enfant est-il né par ?**

Voie vaginale
Césarienne
Accouchement provoqué
Ventouse
Forceps
Épidural

3. Y a-t-il eu des difficultés durant l'accouchement ?

- Aucune
- Présentation par siège, face, pied
- Arrêt du travail
- Travail long
- Détresse respiratoire ou cardiaque
- Placenta praevia
- Problèmes de cordon ombilical

Naissance

1. Information générale

Poids du bébé à la naissance : _____ Poids actuel : _____
Grandeur à la naissance : _____ Grandeur actuelle : _____ Apgar : _____

Habitudes de vie

1. Alimentation :

- Allaitement
- Lait maternisé
- Introduction de nourriture solide

2. Sommeil :

Quelles sont la position et la qualité de sommeil de votre enfant?

- Ventre Dos Côté
Agité Bon Excellent

Combien d'heures dort-il par jour?

- Moins de 4 heures 7-8 heures 10-11 heures
5-6 heures 9-10 heures Plus de 12 heures

3. Votre enfant a-t-il reçu des vaccins? (Si oui, veuillez nous apporter le carnet de vaccination à la prochaine visite)

- Vaccins de routine
- Vaccins supplémentaires Si oui, lesquels ? _____

REVUE DES SYSTÈMES

Cochez la case appropriée si votre enfant souffre ou a souffert de problème de :

- | | | |
|--|---|--|
| Allergies <input type="checkbox"/> | Fièvre <input type="checkbox"/> | Perte de poids <input type="checkbox"/> |
| Problèmes rénaux <input type="checkbox"/> | Infection urinaire <input type="checkbox"/> | Sang dans l'urine <input type="checkbox"/> |
| Coliques <input type="checkbox"/> | Régurgitations <input type="checkbox"/> | Vomissements <input type="checkbox"/> |
| Constipation <input type="checkbox"/> | Diarrhée <input type="checkbox"/> | Congestion nasale <input type="checkbox"/> |
| Écoulement nasal <input type="checkbox"/> | Asthme <input type="checkbox"/> | Peu d'appétit <input type="checkbox"/> |
| Râlement <input type="checkbox"/> | Toux <input type="checkbox"/> | Convulsion <input type="checkbox"/> |
| Épilepsie <input type="checkbox"/> | Paralyse <input type="checkbox"/> | Surdit  <input type="checkbox"/> |
| Regard absent <input type="checkbox"/> | Chutes importantes <input type="checkbox"/> | Fractures <input type="checkbox"/> |
| Problèmes cardiaques <input type="checkbox"/> | Difficult    t ter <input type="checkbox"/> | Otites <input type="checkbox"/> |
|  ruptions cutan es <input type="checkbox"/> | Hernie ombilicale <input type="checkbox"/> | |
| Difficult    bouger un membre <input type="checkbox"/> | | Difficult    tourner la t te <input type="checkbox"/> |
| Difficult s respiratoires <input type="checkbox"/> | | R actions secondaires aux vaccins <input type="checkbox"/> |

Signature : _____

Date : _____