

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION - ENFANT / ADOLESCENT

Nom: [Date de naissance :	Âge :	Sexe : 🗌 G 🗌 F	
Mère :	Père :	Père : ADRESSE DE PAPA		
ADRESSE DE MAMAN	ADRESSE DE			
Rue :	Rue :			
Ville : Code postal :	Ville :	Code	postal :	
Téléphone Bur. :	Téléphone	Βι	ır. :	
Courriel:				
☐ Je souhaite recevoir votre infolettre VEUILLEZ NOTER QUE VOUS POUVEZ EN TO				
Surtout pour les maman	s:			
1. Au sujet de votre grossesse	;			
Avez-vous accouché à terme ?				
Décrivez s'il y a lieu les complication	s et leur moment de surve	enue :		
2. Pendant la grossesse :				
Avez-vous consommé de l'alcool : [□ non, □ oui, combien ?_			
Avez-vous fumé : □ non, □ oui, co	ombien ?	Combien de tem	ıps ?	
Avez-vous pris des médicaments : I				
Avez-vous été exposé à des ultrasor	s (échographies) : □ non	, □ oui, combie	en ?	
3. Au sujet de l'accouchement de	et de la naissance de ce	t enfant :		
Vous étiez suivie par : ☐ sage-femr	ne, □ obstétricien, □ mé	decin, □ autre	:	
Vous avez accouché : □ à la maiso	n des naissances, □ à l'h	ıôpital, □ à la	a maison	
Avez-vous subi des interventions : □ césarienne d'urgence	□ épidurale, □ provoca □ césarienne planifiée, r			
Bébé est sorti : □ traction manuelle	sur la tête, □ forceps, □	ventouse □ au	ıcune traction extérieure	
Était-ce un accouchement difficile :	□ non, □ oui, svp expliqu	ez :		
Quel était le score d'APGAR du bébe	-	le carnet de sa	nté de bébé) ?	
Naissance ? À 5 mir	nutes ?			
	la tamps 2			
Avez-vous allaité : □ oui, combien d □ non, pourquoi Quelle formule avez-vous utilisé :	: □ difficulté à allaiter : _		□ choix personnel	

5.	À ce jour :						
	Poids de votre enfai	nt ? :	kg/lbs	Percentile:			
				Percentile:			
				Percentile:			
	=		=	poids / taille de votre enfant ?			
	□ non □ oui						
6.	En bas âge, (0-4 a	ans), est-ce que l'un	des évène	ments suivants s'est produit :			
	Chute de la table à	langer		Crises de larme fréquentes			
	Chute dans les esca			Fièvre fréquente			
	Chute en bas du berceau/lit						
	Accident de voiture						
	the state of the s						
				Gain de poids/taille très lent			
	Réaction à un vacci	n		Autre			
SVI	expliquer les répons	ses précédentes :					
7.	Enfant, (5-12 ans), est-ce que l'un des	s évèneme	nts suivants s'est produit :			
	Chute en bas d'un a	arbre		Mouiller le lit			
	Chute à bicyclette			Hyperactivité/Autisme			
		nent de terrain de jeux		Difficultés d'apprentissage			
	Accident sportif			Asthme			
	Accident de voiture			Allergies			
	Douleur d'estomac Scoliose			Douleur aux jambes/aux genoux Autre			
_	Scollose		ш,	Add e			
SVI	expliquer les répons	ses précédentes :					
8.	Votre enfant a-t-i	l été vacciné ? Quels	vaccins ?				
— Ү а	-t-il eu des réactions	à ces vaccins ?					
9.	Enfant ou adolesc	ent, votre enfant a-t	-il ressenti	i les symptômes suivants :			
	Maux de tête	□ Éngourdissement :		□ Douleur aux épaules			
☐ Asthme		☐ Étourdissement/ve		☐ Douleur au cou/dos			
		☐ Fourmis dans les b					
	☐ Hyperactivité☐ Bourdonnement or☐ Fatigue☐ Douleurs aux piece			☐ « Douleur de croissance »			
	raugue Frouble de sommeil	☐ Douleur aux bras/		☐ Gain/prise de poids ☐ Autre			
	expliquer les repons	ses precedentes :					
10.	Quelle est la raiso	on principale de votre	consultat	ion ?			
Ce	problème est-il : Co	onstant Intermit	tent C	Occasionnel Cyclique			

11. Depuis combien de temps cela persiste-t-il ?						
12. Quand ce problème est au pire, comment votre enfant se sent-il ?						
13. Qu'avez-vous essayé pour régler ce problème ?						
14. Qu'est-ce qui empire le problème ?						
15. Ce problème a-t-il des répercussions sur d'autres aspects de la santé de votre enfant ?						
Sur sa participation aux activités quotidiennes ?						
16. Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé (SVP décrivez):						
17. Approximativement combien de fois des antibiotiques ont-ils été prescrits à votre enfant et pour quelles raisons ?						
18. Quels médicaments votre enfant prend-t-il actuellement ?						
19. Y a-t-il autre chose que nous devrions connaître à votre avis ?						
Est-ce que vous nous autorisez, si nécessaire, à communiquer avec le médecin de famille de votre enfant ? Oui Non						
Nom du médecin de famille :Clinique :						
EXAMEN POSTURAL DE VOTRE ENFANT (pour enfant âgé d'un an et moins seulement)						
Afin de compléter l'examen postural de votre enfant, il est recommandé de fournir 5 photos de lui prises à des âges différents montrant sa tête et le haut du corps. Vous pouvez soit :						
☐ Transmettre par courriel <u>info@prioritesante.ca</u> ☐ Imprimer ☐ Un fichier photos dans votre cellulaire						
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 à la suite de l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée, mais il est important de les mentionner au chiropraticien lors de la prochaine visite de votre enfant.						
J'autorise mon chiropraticien à accéder aux renseignements et aux documents contenus dans le Dossier Santé Québec (DSQ) de mon enfant lorsque ces informations sont nécessaires pour lui permettre de prodiguer les soins chiropratiques requis à son état de santé.						
J'autorise la consultation des renseignements et des documents du domaine médicament, du domaine laboratoire et du domaine imagerie médicale ainsi qu'aux autres domaines à venir.						
Signature (parent ou tuteur) : Date :						