

Nom : _____ Date de naissance : _____ Âge : ____ Sexe : G F

Mère : _____ Père : _____

ADRESSE DE MAMAN

ADRESSE DE PAPA même adresse pour papa

Rue : _____ Rue : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone _____ Bur. : _____ Téléphone _____ Bur. : _____

Courriel : _____

Je souhaite recevoir votre infolettre.

Je ne souhaite pas recevoir votre infolettre.

VEUILLEZ NOTER QUE VOUS POUVEZ EN TOUT TEMPS SIGNIFIER VOTRE DÉSIR DE NE PLUS RECEVOIR L'INFOLETTRE.

Surtout pour les mamans :

1. Au sujet de votre grossesse ;

Avez-vous accouché à terme ? _____

Décrivez s'il y a lieu les complications et leur moment de survenue :

2. Pendant la grossesse :

Avez-vous consommé de l'alcool : non, oui, combien ? _____

Avez-vous fumé : non, oui, combien ? _____ Combien de temps ? _____

Avez-vous pris des médicaments : non, oui, quel type ? _____

Raison ? _____

Avez-vous été exposé à des ultrasons (échographies) : non, oui, combien ? _____

3. Au sujet de l'accouchement et de la naissance de cet enfant :

Vous étiez suivie par : sage-femme, obstétricien, médecin, autre : _____

Vous avez accouché : à la maison des naissances, à l'hôpital, à la maison

Avez-vous subi des interventions : épidurale, provocation des contractions (pitocin)

césarienne d'urgence césarienne planifiée, raison : _____

Bébé est sorti : traction manuelle sur la tête, forceps, ventouse aucune traction extérieure

Était-ce un accouchement difficile : non, oui, svp expliquez : _____

Quel était le score d'**APGAR** du bébé à la naissance (voir dans le carnet de santé de bébé) ?

Naissance ? _____ À 5 minutes ? _____

4. Autres détails:

Avez-vous allaité : oui, combien de temps ? _____

non, pourquoi : difficulté à allaiter : _____ choix personnel

Quelle formule avez-vous utilisé : _____

5. À ce jour :

Poids de votre enfant ? : _____ kg/lbs Percentile : _____

Taille de votre enfant ? : _____ cm/pouces Percentile : _____

Taille du périmètre crânien : _____ cm/pouces Percentile : _____

Y'a-t-il déjà eu des préoccupations quant à la prise de poids / taille de votre enfant ?

non oui _____

6. En bas âge, (0-4 ans), est-ce que l'un des évènements suivants s'est produit :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chute de la table à langer | <input type="checkbox"/> Crises de larme fréquentes |
| <input type="checkbox"/> Chute dans les escaliers | <input type="checkbox"/> Fièvre fréquente |
| <input type="checkbox"/> Chute en bas du berceau/lit | <input type="checkbox"/> Épisode de diarrhée fréquente |
| <input type="checkbox"/> Accident de voiture | <input type="checkbox"/> Constipation |
| <input type="checkbox"/> Chute d'un équipement de terrain de jeux | <input type="checkbox"/> Trouble de sommeil |
| <input type="checkbox"/> Jouer dans un "Jolly Jumper" | <input type="checkbox"/> Rhumes/grippes fréquents |
| <input type="checkbox"/> Otites fréquentes | <input type="checkbox"/> Coliques |
| <input type="checkbox"/> Amygdalites | <input type="checkbox"/> Gain de poids/taille très lent |
| <input type="checkbox"/> Réaction à un vaccin | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

SVP expliquer les réponses précédentes : _____

7. Enfant, (5-12 ans), est-ce que l'un des évènements suivants s'est produit :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chute en bas d'un arbre | <input type="checkbox"/> Mouiller le lit |
| <input type="checkbox"/> Chute à bicyclette | <input type="checkbox"/> Hyperactivité/Autisme |
| <input type="checkbox"/> Chute d'un équipement de terrain de jeux | <input type="checkbox"/> Difficultés d'apprentissage |
| <input type="checkbox"/> Accident sportif | <input type="checkbox"/> Asthme |
| <input type="checkbox"/> Accident de voiture | <input type="checkbox"/> Allergies |
| <input type="checkbox"/> Douleur d'estomac | <input type="checkbox"/> Douleur aux jambes/aux genoux |
| <input type="checkbox"/> Scoliose | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

SVP expliquer les réponses précédentes : _____

8. Votre enfant a-t-il été vacciné ? Quels vaccins ? _____

Y a-t-il eu des réactions à ces vaccins ? _____

9. Enfant ou adolescent, votre enfant a-t-il ressenti les symptômes suivants :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Engourdissement mains/bras | <input type="checkbox"/> Douleur aux épaules |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Étourdissement/vertige | <input type="checkbox"/> Douleur au cou/dos |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Fourmis dans les bras/jambes | <input type="checkbox"/> Douleur d'estomac |
| <input type="checkbox"/> Hyperactivité | <input type="checkbox"/> Bourdonnement d'oreille | <input type="checkbox"/> « Douleur de croissance » |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Douleurs aux pieds/genoux | <input type="checkbox"/> Gain/prise de poids |
| <input type="checkbox"/> Trouble de sommeil | <input type="checkbox"/> Douleur aux bras/poignet | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

SVP expliquer les réponses précédentes : _____

10. Quelle est la raison principale de votre consultation ? _____

Ce problème est-il : Constant ___ Intermittent ___ 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 info@prioritesante.ca 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 : _____