**ANTÉCÉDENTS PÉDIATRIQUES**

Merci de nous donner l'opportunité d’aider votre enfant à atteindre son plein potentiel. Afin de nous aider à mieux vous servir, veuillez compléter le questionnaire qui suit. S’il-vous plaît, laissez-nous savoir comment nous pouvons travailler ensemble, afin d’améliorer la santé de votre famille.

Nom de l’enfant: Date de naissance: / / Age:

Adresse: Ville: Code postal:

Nom de la mère: No. tél. maison: Cellulaire:

Adresse: Ville: Code postal:

Adresse courriel de la mère: No. Tél. travail:

Longueur du séjour avec l’enfant (Temps plein, aux 2 semaines ou autres):

Nom du père: No. tél. maison: Cellulaire:

Adresse: Ville: Code postal:

Adresse courriel de la mère: No. Tél. travail:

Longueur du séjour avec l’enfant (Temps plein, aux 2 semaines ou autres):

Sexe de l’enfant: Poids actuel: Grandeur actuel:

Comment avez-vous découvert nos services et les soins que nous offrons?

Raison de votre visite:

Autre(s) docteur(s) consulté(s): Non ☐ Oui ☐

Noms des docteurs et traitements reçus ou recommandés:

Autres problèmes de santé?

Cochez (√) les conditions dont a souffert votre enfant depuis les six dernier mois. Faites un (x) s’il a souffert de ces conditions il y a plus de 6 mois:

☐ Otites ☐ Douleur au dos ☐ Fièvre récurrente ☐ Rhumes à répétitions

☐ Coliques ☐ Troubles digestifs ☐ Accident d’auto ☐ Énurésie (Mouiller son lit)

☐ Scoliose ☐ Maux de tête ☐ Asthme / Allergies ☐ Douleur de croissance

☐ Dyslexie ☐ Séparation parents ☐ Hyperactivité ☐ Syndrome déficience de l’attention

☐ Convulsion ☐ Stress émotifs ☐ Constipation

Autre:

Antécédents familiaux:

Ordre de naissance (ex. 1er né):

Noms et âges des frères ou sœur:

Longueur du séjour avec l’(les) enfant(s):

Noms et âges des demi-frères ou demi-sœurs biologiques:

Longueur du séjour avec l’(les)enfant(s):

Date de la dernière visite chez un chiropraticien: / / Nom du chiropraticien:

Date de la dernière visite chez un pédiatre / médecin de famille: / / Motif:

Nom du pédiatre / médecin de famille:

Nombre de traitements antibiotiques prescrits à votre enfant:

pendant les six derniers mois: , au total de sa vie: , Motifs:

Nombre de prescriptions de médicaments que votre enfant a reçues:

pendant les six derniers mois: , au total de sa vie: , Lesquels:

Fréquence d’utilisation de “Tylenol” ou autre médicament sans prescription:

pendant les six derniers mois: , au total de sa vie: , Motifs:

Étiez-vous satisfait(e) des soins reçus de votre pédiatre: Non ☐ Oui ☐

Vaccins: Non ☐ Oui ☐

Lesquels et quand:

**HISTOIRE PRÉNATALE**

Nom du gynécologue, ou de la sage-femme:

Complication de la grossesse: Non ☐ Oui ☐

Si oui, lesquelles:

Nombre d’échographies pendant la grossesse: Motifs:

Médicament(s) pendant la grossesse: Motifs:

Médicament(s) pendant l’accouchement: Motifs:

Cigarette / alcool pendant la grossesse: Non ☐ Oui ☐ Combien:

**HISTOIRE DE L’ACCOUCHEMENT**

Lieu de naissance: Hôpital ☐ Maison ☐ Maison des naissances ☐

Présentation du bébé: Tête vers le haut ☐ Tête vers le bas ☐ Siège ☐ Durée de l’accouchement: hres

Intervention pendant l’accouchement: Non ☐ Oui ☐

Si oui, laquelle / lesquelles:

Forceps ☐ Épisiotomie ☐ Extraction manuelle ☐ Rupture des membranes ☐ Provoqué ☐

Épidural ☐ Ventouse ☐ Césarienne d’urgence ☐ Césarienne planifié ☐

Autre complication:

Poids à la naissance: Grandeur: Tests APGAR: /10, /10

Jaunisse: Non ☐ Oui ☐ Cyanose: Non ☐ Oui ☐

Anomalies congénitales:

Chirurgie ou médication dans les 14 premiers jours:

Temps entre l’accouchement et le contact directe avec la mère:

**HISTOIRE ALIMENTAIRE**

Lait maternel: Non ☐ Oui ☐ Combien de jours ou mois:

Préférence d’un sein à l’allaitement? Non ☐ Oui ☐ Si oui, lequel?

Lait maternisé: Non ☐ Oui ☐ Combien de mois: Type:

Fréquence du hoquet par jour/semaine: jusqu’à ( âge).

Introduction aux solides à mois. Lesquels:

Allergies, intolérances alimentaires de l’enfant: Non ☐ Oui ☐ Lesquels:

Allergies, intolérances alimentaires des parents: Non ☐ Oui ☐ Lesquels:

Aliments préférés? (ex fromage)

**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 au stimuli manuel Marché à quatre pattes

Tenu sa tête Marché

S’est-il assis S’est-il tenu debout

Votre enfant est-il: Droitier ☐ Gaucher ☐ Ambidextre ☐ Trop jeune pour savoir ☐

Selon le conseil national de la sécurité, environ 50% des enfants tombent sur la tête d’une hauteur appréciable (lit, chaise haute, table à langer, escalier)? Est-ce que ce fût le cas de votre enfant? Non ☐ Oui ☐

Décrivez:

Est-ce que votre enfant pratique ou a pratiqué un sport de contact / avec chutes fréquentes : soccer, football, hockey, arts martiaux, patinage artistique, gymnastique, etc? Non ☐ Oui ☐ Lesquels:

Votre enfant a-t-il été impliqué dans un accident d’automobile: Non ☐ Oui ☐ Date:

Est-ce que votre enfant a été vu en salle d’urgence: Non ☐ Oui ☐ Date:

Fracture ou autre traumatisme:

Chirurgies:

Posture couché: Dos ☐ Côté ☐ Ventre ☐

Posture debout: Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise ☐

Posture assise: Bonne ☐ De côté ☐ Affaissé ☐ Jambes en ”W ” ☐ Dos rond ☐

Votre enfant vit-il des défis à la garderie ou l’école ? Non ☐ Oui ☐

Lesquels:

Votre enfant a-t-il vécu ou vit-il des insécurités présentement? Non ☐ Oui ☐

Lesquels:

Votre enfant souffre-t-il de tics ou de manies? Non ☐ Oui ☐

Lesquels:

**MALADIE INFANTILE**

Rougeole Non ☐ Oui ☐ âge: Varicelle Non ☐ Oui ☐ âge:

Rubéole Non ☐ Oui ☐ âge: Scarlatine Non ☐ Oui ☐ âge:

Oreillons Non ☐ Oui ☐ âge: Coqueluche Non ☐ Oui ☐ âge:

**AUTORISATION DE PRODIGUER DES SOINS À UN(E) MINEUR(E)**

J’autorise par la présente le(s) chiropraticien(s) de la Source de Vitalité et son personnel à examiner

(nom de l’enfant) et par la suite à prodiguer les soins tels que juger nécessaire à mon fils/ à ma fille/ à l’enfant dont j ‘ai la tutelle ou la garde. Je m’engage à payer tous les frais et honoraires pour les soins prodigués à cet enfant. Toutes radiographies qui pourraient être prises restent la propriété du centre de santé La Source de Vitalité.

Nom d’un parent / tuteur:

Signature:

Témoin: Date: