

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 ?**

Constamment
Épisodique
Rarement

5. **Ce problème empêche-t-il votre enfant de ?**

	Oui	Non
Manger	<input type="checkbox"/>	<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
Médicaments
Drogue, alcool, tabac
Éclampsie
Amniocentèse
Échographie

Si oui, décrire : _____

Si oui, lesquels ? _____

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

Cochez les cases appropriées :

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 :

Quelle est la position et la qualité de sommeil de votre enfant?

- | | | | | | |
|--------|--------------------------|-----|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Ventre | <input type="checkbox"/> | Dos | <input type="checkbox"/> | Côté | <input type="checkbox"/> |
| Agité | <input type="checkbox"/> | Bon | <input type="checkbox"/> | Excellent | <input type="checkbox"/> |

Combien d'heures dort-il par jour?

- | | | | | | |
|-------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Moins de 4 heures | <input type="checkbox"/> | 7-8 heures | <input type="checkbox"/> | 10-11 heures | <input type="checkbox"/> |
| 5-6 heures | <input type="checkbox"/> | 9-10 heures | <input type="checkbox"/> | Plus de 12 heures | <input type="checkbox"/> |

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"/> | Surdité | <input type="checkbox"/> |
| Regard absent | <input type="checkbox"/> | Chutes importantes | <input type="checkbox"/> | Fractures | <input type="checkbox"/> |
| Problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> | Difficulté à t ter | <input type="checkbox"/> | Otites | <input type="checkbox"/> |
|  rptions cutanées | <input type="checkbox"/> | Hernie ombilicale | <input type="checkbox"/> | | |
| Difficulté à bouger un membre | <input type="checkbox"/> | | | Difficulté à tourner la tête | <input type="checkbox"/> |
| Difficultés respiratoires | <input type="checkbox"/> | | | Réactions secondaires aux vaccins | <input type="checkbox"/> |

Signature : _____

Date : _____