

Centre Chiropratique Spécifique – Dre Isabelle Ayers

26, boul. St-Raymond, Hull, Québec J8Y 1R4 – ☎ (819) 777-6735 – Télécopieur: (819) 771-8183

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL PÉDIATRIQUE

DATE: _____

S.V.P. VEUILLEZ RÉPONDRE À CHACUNE DES QUESTIONS SUIVANTES AFIN DE NOUS DONNER UNE IDÉE CLAIRE ET PRÉCISE DE L'ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL ET PASSÉ DE VOTRE ENFANT.

NOM _____ TÉLÉPHONE # _____

ADRESSE _____ CODE POSTAL _____

DATE DE NAISSANCE _____ ÂGE _____ RÉFÉRÉ PAR _____

Nom et adresse du médecin actuel de l'enfant : _____

Date de la dernière visite médicale et pourquoi : _____

Nom du dernier chiropraticien consulté et date de la dernière visite : _____

Poids actuel de l'enfant _____ kg/lbs Grandeur _____ cm/po

AUTORISATION POUR LES SOINS D'UN MINEUR

NOM DES PARENTS : Mère _____ Tél. travail: _____

Père _____ Tél. travail: _____

Par la présente, je déclare que les renseignements fournis sont complets et exacts. Aussi, je consens à ce que mon enfant soit examiné (incluant des radiographies si nécessaire) et qu'il reçoive s'il y a lieu, les soins chiropratiques recommandés.

Signature des parents ou gardien _____ Témoin _____

QUELLE EST LA RAISON PRINCIPALE DE VOTRE VISITE : _____

S'IL Y A LIEU, VEUILLEZ INDIQUER TOUS LES AUTRES TYPES DE TRAITEMENTS EFFECTUÉS POUR CE PROBLÈME.

(inclure toute médication) _____

Selon vous, le problème a débuté _____ / _____ / _____
jour mois année

Le problème a commencé: soudainement, graduellement, suite à un événement précis _____

Ce problème est-t-il : Constant / Intermittent / Occasionnel / Cyclique

Cela se manifeste par des épisodes d'une durée de _____ minutes / heures / jours / mois / année

Facteurs déclenchants : _____

Facteurs aggravants : _____

Facteurs soulageants, bénéfiques : _____

Quels sont les effets de ce problème sur le fonctionnement global de l'enfant: _____

S'IL Y A LIEU, ÉNUMÉREZ LES AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ DE L'ENFANT : _____

HISTOIRE DE LA NAISSANCE

- Hôpital Maison des naissances Maison Médecin Sage femme
- Durée de la grossesse _____ semaines
- Durant le processus de la naissance, y-a-t-il eu des interventions avec les forceps, ventouse, césarienne, travail provoqué
- Médications de la mère? Non Oui Lesquelles _____
- Durée de la naissance: _____
- L'accouchement s'est-il fait normalement: Oui Non Expliquez _____
- Quel était le résultat du test APGAR à la naissance _____ et APRÈS 5 MINUTES _____
- POIDS À LA NAISSANCE _____ LONGUEUR _____

CROISSANCE ET DÉVELOPPEMENT

- Durant les 12 premières heures suivant la naissance, votre enfant était-il alerte, fonctionnel ? Oui Non Expliquez _____
- À quel âge votre enfant était-il capable de : Réagir au son _____ Suivre un objet _____
Tenir sa tête _____ Vocaliser _____ S'asseoir seul _____ Ramper _____ Marcher _____
- Selon vous, est-ce que son sommeil est normal : Oui Non Expliquez _____
- Antécédents familiaux (cancer, diabète, troubles cardiaques, arthrite, etc.) du côté maternel _____
Du côté paternel _____ Chez les frères et soeurs _____

La dernière partie de ce questionnaire concerne les divers types de stress pouvant affecter votre enfant. Cette information est très importante pour nous.

STRESS CHIMIQUE

- Votre enfant a-t-il été allaité ? Non Oui Pendant combien de temps _____
- Type de formule lactée utilisée _____
- À quel âge votre enfant a-t-il consommé :
des aliments solides ? _____ Fruits, légumes, viandes, céréales
des aliments commerciaux pour bébé ? _____ Quels types ? _____ Jus commerciaux _____
- Allergies alimentaires Non Oui Lesquelles : _____
- Durant la grossesse, la mère a-t-elle fumé ? Oui Non _____
Consommé de l'alcool? Oui Non _____
Consommé des supplément vitaminiques ? Oui Non Type _____
Utilisé des médicaments ou autres drogues ? Oui Non Type _____
Été exposée aux ultrasons ? Oui Non Combien de fois _____ et pour quelles raisons médicales : _____
Subi des procédures invasives (amniocentèses, ...) Oui Non Expliquez _____
- À la maison et/ou à la garderie, y a-t-il des animaux ? Oui Non _____
Des fumeurs: Oui Non Combien _____
- Vaccinations: Oui Non Lesquelles _____
Y-a-t-il eu des réactions suite aux vaccins ? Oui Non _____
- Prescriptions d'antibiotiques : Oui Non Combien de fois : _____
- Médications actuelles et passées: Oui Non _____

STRESS PSYCHOSOCIAL

- Durant la grossesse, y a-t-il eu des stress émotionnels : Oui Non _____
- Avez-vous remarqué des difficultés concernant : l'allaitement Oui Non _____
L'établissement du lien maternel : Oui Non _____
Son comportement: Oui Non _____
Son sommeil : Oui Non _____
- Fréquente-t-il une garderie ? Oui Non Depuis quel âge : _____ Quel type de garderie _____
- Nombre d'heures en moyenne par semaine devant la télévision / ordinateur _____
- Pour son âge, votre enfant vous apparaît-il normal? Oui Non _____
- Le milieu familial de l'enfant est-il calme ou perturbé ? _____

STRESS TRAUMATIQUES

- Durant la grossesse, y-a-t-il eu des chutes, accidents,... Oui Non _____
- À la naissance, y avait-il des évidences de traumatismes comme des marques sur la figure, des contusions, échymoses, changement dans la forme de la tête, cordon autour du cou, difficultés respiratoires, accouchement très long ou très rapide, autres _____
- Vous souvenez-vous que votre enfant soit tombé en bas du lit, divan, escalier, table à langer... Oui Non _____
- Autres traumatismes associés à des contusions, échymoses, points de suture, fracture, entorse _____
- Hospitalisation : Oui Non _____
- Chirurgie / opération _____
- Combien d'heures par semaine, votre enfant est-t-il actif physiquement ? _____
Types de sports pratiqués en ce moment : _____ et dans le passé _____

Merci d'avoir rempli ce questionnaire.

Si vous avez des questions ou désirez ajouter d'autres détails, utilisez l'espace ci-dessous
