

QUESTIONNAIRE DE CONSULTATION PÉDIATRIQUE (0-6 ans)

Nous vous remercions de votre confiance!

1. RENSEIGNEMENTS

Prénom et nom _____

Date de naissance (jj-mm-aa) _____

Âge _____

Adresse _____

Ville _____

Code Postal _____

Cellulaire _____

Téléphone _____

Courriel _____

Confirmation par : courriel appel

Nom des parents _____

Avez-vous une assurance couvrant les soins?

Non Oui

Indiquez votre référencement

site web kiosque autre : _____

patient, nom : _____

Son poids _____ Sa grandeur _____

2. RAISON DES SOINS

Décrivez la ou les problématique(s) de votre bébé : _____

Cause (accident, mouvement, accouchement, etc.) : _____

Date début _____

Ce problème affecte votre bébé combien de fois par semaine? _____

Est-ce pire?

matin midi soir nuit constant

Qu'est-ce qui aggrave le problème?

Qu'est-ce qui soulage votre bébé?

Y a-t-il d'autres symptômes présents?

Non Oui, lesquels : _____

Avez-vous consulté un autre professionnel pour votre bébé? Non Oui

Qui? _____

Quand? _____

Avez-vous fait des tests (radiographie, scan, IRM, test sanguin, etc.) concernant la condition?

Non Oui

Lesquels? _____

Quand? _____

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien pour votre bébé?

Non Oui, dernière visite : _____

3. LORS DE LA GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

Nombre de semaines de grossesse lors de l'accouchement : _____

Avez-vous souffert de :

pré-éclampsie

diabète de grossesse

saignements

autres difficultés, précisez : _____

Avez-vous accouché :

vaginal

avec antibiotiques

par césarienne

avec induction

avec épidural

Complications à la naissance :

forceps

fracture de la clavicule

ventouses

jaunisse

épisiotomie

Combien de temps a duré :

le travail (latence et travail actif) _____

la poussée _____

Score d'Apgar à la naissance _____

Poids à la naissance _____

Taille à la naissance _____

4. ALIMENTATION ET DÉVELOPPEMENT DU BÉBÉ

Bébé nourri :

Formule Au sein, nombre de mois _____

Avez-vous eu de la difficulté durant l'allaitement ?

Non Oui, précisez : _____

Est-ce que votre enfant :

- préfère une position de tête
- a la tête plate, précisez : _____
- marche sur la pointe des pieds
- marche les pieds vers l'intérieur ou l'extérieur

L'enfant a-t-il eu :

- coliques diarrhée
- reflux gastro-oesophagien allergie alimentaire
- régurgitation otites
- constipation

Précisez : _____

5. TROUBLES NEUROVERTÉBRAUX

Parmi ces causes de troubles neurovertébraux, votre enfant a-t-il déjà eu (si oui, quand et décrivez) :

Accident d'automobile : Non Oui

Chute accidentelle : Non Oui

Traumatisme important : Non Oui

6. HABITUDES DE VIE

Quelle est la posture de votre enfant au sommeil?

dos côté droit/gauche ventre

L'alimentation de votre enfant est

bonne moyenne mauvaise

Votre enfant consomme-t-il?

- viandes rouges sucreries
- produits laitiers jus

7. PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ou opéré?

Non Oui, précisez : _____

Indiquez les problèmes de santé connus de votre enfant : _____

Votre enfant a-t-il consommé des antibiotiques :

Non Oui, précisez : _____

Indiquez les médicaments (avec ou sans prescription) et suppléments alimentaires : _____

Indiquez les antécédents familiaux de maladies :

Mère _____ Père _____

Frère/soeur _____

Souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de :

GÉNÉRAL

- Sueurs nocturnes
- Fatigue
- Anxiété
- Cancer
- Perte d'appétit
- Fièvre
- Gain de poids
- Perte de poids inexplicée

NEUROLOGIQUE

- Évanouissement
- Mal de tête
- Migraine
- Faiblesses
- Tremblements

MUSCULO-SQUELETTIQUE

- Arthrite
- Douleur au cou
- Douleur au bas du dos
- Scoliose

RESPIRATOIRE

- Asthme
- Toux
- Difficulté respiratoire

ORL

- Trouble de vision
- Otites
- Perte d'audition
- Saignement de nez

AUTRE

- Anémie
- Ulcères
- Arythmie
- Incontinence

J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer les examens nécessaires. Certains patients peuvent ressentir une légère aggravation des symptômes suite à l'examen qu'il est important de mentionner au chiropraticien.

Signature du parent _____

Date _____