

D.C. : _____ N° de permis : _____

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe M F X

Date de naissance : _____ Âge : _____ Âge corrigé (prématurité) : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Référé par : _____

INFORMATION SUR LA FAMILLE

Nom d'un parent : _____ Nom d'un parent : _____

Téléphone (résidence) : _____ Téléphone (résidence) : _____

Téléphone (cellulaire) : _____ Téléphone (cellulaire) : _____

Téléphone (travail) : _____ Téléphone (travail) : _____

Courriel : _____ Courriel : _____

Occupation : _____ Occupation : _____

De quelle façon est-ce préférable de vous rejoindre? Tél. résidence Tél. cellulaire Tél. travail Courriel

Autorisez-vous la clinique à communiquer avec vous par courriel? Oui Non

Autorisez-vous la clinique à laisser un message au numéro spécifié pour confirmer un rendez-vous? Oui Non

Titulaire de l'autorité parentale : Biparental Monoparental Garde partagée

Fratricité Âges : _____ Problèmes de santé connus : _____

MOTIF DE CONSULTATION En prévention Pour un problème en particulier

Motif principal : _____

Présent depuis? : _____ Comment est-ce survenu? : _____

Autres problèmes : _____

PRÉNATAL / HISTOIRE DE GROSSESSE

Problèmes de santé durant la grossesse (par trimestre) : _____

Examens et tests : _____

Position du bébé (dernier trimestre) : Tête en bas Siège Autre ou ne se rappelle pas _____

Médicaments prescrits : _____ Raison : _____

Médicaments sans ordonnances : _____ Raison : _____

Produits naturels et vitamines : _____

Tabac ____ /jour Alcool ____ /semaine Drogue ____ /semaine

Chutes Accidents Hospitalisation, motif : _____

Autres : _____

NÉONATAL ET ACCOUCHEMENT

Durée de l'accouchement (des contractions régulières à la naissance)? _____ heures Durée de la poussée ? _____ heures / min.

Lieu Hôpital Maison de naissance À la maison Autre _____ Transfert

Vaginal : Présentation Tête Face En siège Postérieure (nez en haut) Autre _____

Césarienne Planifiée Non-planifiée _____

Médications Péridurale Pitocin Autres _____

Interventions Ventouse Forceps Épisiotomie Aspiration Réanimation Autre _____

Dystocie des épaules Bosse sur la tête Marques (tête, visage, corps) où ? _____

Fracture de la clavicule Autres _____

Néonat. soins intensifs / hospitalisation Durée : _____ Motif : _____

Poids à la naissance : _____ g Taille : _____ cm Périmètre crânien : _____ cm APGAR : _____

HISTORIQUE DE SANTÉ

Nom du médecin : _____ Autres professionnels consultés : _____

Raisons et dates des consultations : _____ Dates des consultations : _____

Maladies depuis la naissance : _____ Médicaments : _____

Maladies dans la famille : _____ Chirurgie : _____

Accidents ou chutes : _____

À QUEL ÂGE VOTRE ENFANT A-T-IL? Veuillez répondre selon ce qui s'applique.

Tenir sa tête : _____ Déplacer autrement qu'à 4 pattes, spécifiez : _____

S'asseoir seul : _____ Se tenir debout : _____

Ramper : _____ Marcher seul : _____

Déplacer à quatre pattes : _____ Trébucher ou chute souvent? _____

CONSETEMENTS

Exactitude des renseignements

Je certifie que les renseignements de santé fournis ici sont, à ma connaissance, exacts et complets concernant mon enfant.

Consentement à l'examen

J'autorise par la présente le/la chiropraticien.ne à effectuer les examens qu'il/elle jugera nécessaires à l'ouverture du dossier de mon enfant.

Il est possible que certains patients ressentent des inconforts ou une légère aggravation des symptômes suite à l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée, mais il est important de les mentionner au chiropraticien à votre prochaine visite.

Nom du parent

Signature

Date

ANAMNÈSE - Naissance à la marche

D.C.: _____ N° de permis: _____

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom: _____ Prénom: _____ Date: _____

Date de naissance: _____ Âge: _____ Âge corrigé (jusqu'à 2 ans): _____ N° de dossier: _____

Motif de consultation	_____
Circonstance de survenue	<input type="checkbox"/> Depuis la naissance <input type="checkbox"/> Graduellement <input type="checkbox"/> Subitement <input type="checkbox"/> Autre Date de survenue: _____
Durée / Fréquence	_____
Progression	<input type="checkbox"/> Mieux <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> S'aggrave <input type="checkbox"/> Variable
Douleur	Échelle EVENDOL®: Total ____/15 <input type="checkbox"/> Inconfort (0-3) <input type="checkbox"/> Douleur légère à modérée (4-8) <input type="checkbox"/> Douleur sévère (9-15)
Facteurs aggravants + ou atténuants -	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Symptômes associés	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> _____
Histoire passée du problème actuel	Épisode ant. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ Traitement <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Par _____

RÉVISION DU FORMULAIRE D'OUVERTURE DE DOSSIER Rien à ajouter

HISTORIQUE DE SANTÉ

Sous investigation: _____

Professionnels / intervenants consultés

- Médecin Spécialiste Dentiste Physiothérapeute
 Ergothérapeute Optométriste Consultante en lactation
 Infirmière Autre _____

Médication et suppléments: _____

ACCIDENTS, TRAUMAS, CHIRURGIES ET HOSPITALISATIONS

Accident Oui Non _____

Traumatisme Oui Non _____

Chirurgie Oui Non _____

Hospitalisation Oui Non _____

GROSSESSE, NAISSANCE

ALIMENTATION

Allaitement exclusif Allaitement mixte (lm et plc) Biberon Téterelle Autre _____

Lait maternel (lm) Préparation lactée commerciale (plc)

Nombre de boire/jour _____ Difficultés _____

Aliments complémentaires intégrés Difficultés lors de l'alimentation _____

Intolérances / Allergies alimentaires _____

--

SOMMEIL

Position de sommeil Sur le dos Sur le ventre Sur les côtés

Qualité du sommeil Bon Moyen Pauvre

PLEURS

Temps: _____ Fréquence: _____ Excessif

Consolable? Oui Non

Symptômes ou comportements associés?

Se touche les oreilles Autres _____

Le bébé peut être déposé? Oui Non _____

TEMPS SUR LE VENTRE

DV: Temps par jour (approximatif) _____ # de x/j: _____

HISTORIQUE DE SANTÉ FAMILIALE

Parent 1: _____

Parent 2: _____

Fratrie: _____

Maladie héréditaire dans la famille élargie: _____

RADIOGRAPHIES, INVESTIGATIONS ET EXAMENS SPÉCIALISÉS

Radiographie Aucune

Examens spécialisés Aucun

Autres investigations Aucune

À venir: _____

REVUE DES SYSTÈMES

Dermatologique Éruption Eczéma

Respiratoire Essoufflement anormal Difficulté à respirer Toux récurrente Sécrétions Respiration sifflante Stridor

Digestif Régurgitations Reflux gastro-oesophagien Vomissements Maux de ventre Coliques Gaz

Selles (*fréquence anormale, mucus, sang*)

Cardiovasculaire Souffle au coeur Trouble cardiaque

Musculosquelettique Torticolis Entorse Fracture Douleur au dos, aux bras, aux jambes Hyperlaxité ligamentaire

Problème de posture Asymétrie crânienne

Neurologique Tremblements

ORL Maux d'oreille Maux de gorge

Urinaire Douleur Sang Infection Mictions anormales

Développement Difficultés ou retard de développement, ne suit pas les étapes de développement attendues ou comme les autres enfants de son âge

Tout autre problème de santé ou informations non mentionnées auparavant?

AUTRES / AJOUTS / COMMENTAIRES

--