

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL POUR ENFANT

Date : _____

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom : _____
Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : F
Nom de la mère : _____
Nom du père : _____
Votre adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone : Rés. : _____ Bur. : Mère : _____
Père : _____ Cell. : _____
Adresse courriel : _____

Raison de la présente consultation :

Avez-vous consulté un autre professionnel de la santé pour ce problème ? Oui Non
Lequel ou lesquels :

Dernière visite médicale : Date : _____ Raison : _____

Nom du pédiatre ou du médecin de famille :

Nombre d'heures de sommeil / nuit : _____ Sa qualité : Bon Moyen Pauvre
Qui vous a référé à la clinique ?

DE LA NAISSANCE À 2 ANS

Lieu de naissance : _____

Naissance : À terme Prématurée Après terme

Type : Vaginale Forceps ou ventouses Siège Césarienne Épidurale Pitocin

Problèmes durant la grossesse : _____

Durant l'accouchement : _____

Après l'accouchement; _____

Allaitement : Au sein À la bouteille Formule

DE LA NAISSANCE À 4 ANS

À quel âge, approximativement, votre enfant a-t-il commencé à :

S'asseoir seul : _____ Marcher à quatre pattes : _____

Se tenir sur ses jambes : _____ Marcher seul : _____

Parler : _____

La Porte du Mieux Être

VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ SOUFFERT, OU SOUFFRE-T-IL DE :

<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Fractures	<input type="checkbox"/> Problèmes aux jambes
<input type="checkbox"/> Anémie	<input type="checkbox"/> Gripes fréquentes	<input type="checkbox"/> Problèmes aux pieds
<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Hyperactivité	<input type="checkbox"/> Problèmes de la peau
<input type="checkbox"/> Arthrite	<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Problèmes de marche
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Infections à répétition	<input type="checkbox"/> Rougeole
<input type="checkbox"/> Caries dentaires	<input type="checkbox"/> Manque d'énergie	<input type="checkbox"/> Rubéole
<input type="checkbox"/> Coliques	<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Scarlatine
<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Maux de dos	<input type="checkbox"/> Sinusites
<input type="checkbox"/> Convulsions	<input type="checkbox"/> Maux de gorge	<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Troubles de sommeil
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Otites	<input type="checkbox"/> Troubles respiratoires
<input type="checkbox"/> Difficultés scolaires	<input type="checkbox"/> Paralysies	<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Douleurs de croissance	<input type="checkbox"/> Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Varicelle
<input type="checkbox"/> Entorses fréquentes	<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Vertiges
<input type="checkbox"/> Énurésie (pipi au lit)	<input type="checkbox"/> Problèmes au cou	<input type="checkbox"/> Vomissements
<input type="checkbox"/> Évanouissements	<input type="checkbox"/> Problèmes au dos	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Fièvre rhumatoïde	<input type="checkbox"/> Problèmes aux bras	_____

A-t-il déjà été hospitalisé ? Oui Non

Spécifier : _____

A-t-il déjà subi une opération ? Oui Non

Spécifier : _____

A-t-il déjà été victime d'un accident ? Oui Non

Spécifier : _____

A-t-il déjà fait une chute sévère ? Oui Non

Spécifier : _____

Tombe-t-il fréquemment ? Oui Non

Spécifier : _____

Doit-il ou a-t-il déjà porté des orthèses ? Oui Non

Spécifier : _____

A-t-il déjà été traité aux antibiotiques ? Oui Non

Spécifier : _____

AUTORISATION

Je soussigné, en ma qualité de parent / tuteur, autorise le docteur _____ à examiner et / ou radiographier et / ou prodiguer les soins requis à _____ pour le rétablissement de la condition exposée. Je réalise que je suis responsable des frais encourus pour les services rendus par cette clinique.

Signature du parent

2035, rue Victoria - suite #206, St-Lambert (Québec) J4S 1H1

Tél : (450) 672-4575