

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