



Antécédents Médicaux

Pour les enfants, de la naissance à 12 ans

Nom complet de l'enfant : _____

D.D.N. _____

Âge _____

Nom complet des parents		
Adresse		
# de téléphone		
Courriel		

Quelles préoccupations avez-vous concernant la santé de votre enfant ?

Histoire de naissance

Votre enfant est-il né:

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Naturellement | <input type="checkbox"/> Provoqué | <input type="checkbox"/> L'eau rompue médicalement |
| <input type="checkbox"/> Siège | <input type="checkbox"/> Postérieur | <input type="checkbox"/> Ventouses |
| <input type="checkbox"/> Césarienne | <input type="checkbox"/> Péridurale | <input type="checkbox"/> Forceps |
| <input type="checkbox"/> À terme | <input type="checkbox"/> Prématuré | <input type="checkbox"/> Tardif |

Poids de naissance : _____

: _____

Score d'Agar: _____

Durée des poussées : _____

Durée du travail 6425 6425

Était la tête de votre enfant déformée à la naissance ? O / N

Y a-t-il eu des complications ? _____

Naissance à 6 mois

Votre bébé a-t-il...

- Allaité Si oui, combien de temps?
- Eu une préparation pour bébé?
- Une bonne qualité de sommeil
- Eu des reflux?
- Eu des coliques?

Si oui, combien de temps? _____
Quelle type? _____
Dans quelle position dormait-il? _____
Léger/modéré/sévère
Léger/modéré/sévère

Antécédents actuels

Décrivez toute blessure subie par votre enfant (accident de voiture, chutes, chirurgie, émotionnel...)

Énumérez toute maladie infantile actuelle ou passée.

Liste des médicaments actuels ou occasionnels.

Lequel(s) des praticiens de la santé suivants a vu votre enfant? Quand et pourquoi?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Physiothérapeute | <input type="checkbox"/> Pédiatre | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Nutritionniste | <input type="checkbox"/> Naturopathe | <input type="checkbox"/> Ostéopathe |
| <input type="checkbox"/> Chiropraticien | <input type="checkbox"/> Psychologue/Psychiatre | <input type="checkbox"/> Autre |

J'autorise par la présente le chiropraticien à faire les examens nécessaires à l'ouverture du dossier de mon enfant. Je comprends que certains patients peuvent ressentir une légère aggravation des symptômes à la suite de l'examen. Bien que ces symptômes ne durent pas longtemps généralement, il est important de les mentionner au chiropraticien lors de la prochaine visite.

Signature: _____ Date: _____