



La Santé en Soi

Centre chiropratique holistique
714, rue King Est, suite 210
Sherbrooke (Qc) J1G 1C4
819 791-1337

Identification

Bébé (0 à 4 ans)

S'il vous plaît, remplir à l'encre

Prénom : _____ Nom : _____

Prénom et nom de la mère : _____

Prénom et nom du père : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : maison : _____ travail : _____

cellulaire : _____ autre : _____

Peut-on laisser un message à ces numéros? _____

Courriel : _____

Date de naissance : jour / mois / année Âge : _____

Rang dans la famille : _____

École/garderie fréquentée : _____

Comment avez-vous entendu parler de La Santé en Soi?

Par ma famille / mes amis (nom : _____)

Par un professionnel de la santé (nom : _____)

Publicité postale Pages Jaunes

autre : _____

Avez-vous déjà consulté un chiropraticien? oui non

Quel est son nom? _____

À quel sujet? _____

À quand remonte le dernier ajustement? _____

Avez-vous un médecin de famille / pédiatre? oui non

Quel est son nom? _____

J'autorise La Santé et Soi à utiliser, de façon anonyme et confidentielle, les informations du dossier à des fins de recherche ou d'éducation. oui non

Signature du parent : _____ date : _____



La Santé en Soi

Centre chiropratique holistique
714, rue King Est, suite 210
Sherbrooke (Qc) J1G 1C4
819 791-1337

Motif de consultation

Bébé et enfants préscolaires (0 à 4 ans)

S'il vous plaît, remplir à l'encre

Ne rien écrire dans les carrés gris

Nom : _____ date : _____

Pour quelle(s) raison(s) consultez-vous à La Santé en Soi? (cochez un ou plusieurs choix)

- pour soulager une douleur pour corriger une problématique
 pour des soins préventifs pour des soins de mieux-être
 autre : _____

Qu'elle est la problématique? _____

Quand a-t-elle commencée? _____

Comment a-t-elle commencée? _____

Combien de fois par semaine la problématique est-elle présente? _____

À quel moment de la journée la problématique est la plus présente? _____

Qu'est-ce qui aggrave le problème (activité, posture, mouvements, etc.)?

Qu'est-ce qui soulage le problème (médication, chaleur/froid, posture, mouvement)?

Est-ce qu'il y a d'autres symptômes ou d'autres problématiques qui vous semblent liés à cette condition? _____

Est-ce la première fois que cette problématique est présente?

Avez-vous consulté un autre professionnel de la santé par rapport à cette condition?

Y a-t-il déjà eu une blessure ou un accident près de l'endroit de la douleur?

Est-ce qu'il y a d'autres problèmes dont vous souhaitez nous parler?

J'affirme que les informations précédentes sont complètes et exactes.

Signature : _____ date : _____

Signature : _____ date : _____



La Santé en Soi

Centre chiropratique holistique
714, rue King Est, suite 210
Sherbrooke (Qc) J1G 1C4
819 791-1337

Historique de Santé

Bébé et enfant préscolaire (0 à 4 ans)

SVP remplir à l'encre - Ne rien écrire dans les carrés gris

Prénom : _____ Nom : _____ date : _____

Grossesse et accouchement

Combien de temps a duré la grossesse? _____

Y a-t-il eu des problèmes particuliers lors de la grossesse (maladie, pré-éclampsie, diabète)? _____

Avez-vous consommé des médicaments, de l'alcool, du tabac ou des drogues durant la grossesse?

Si oui, lesquels : _____

Où s'est déroulé l'accouchement? _____

Combien de temps a duré l'accouchement? _____

Comment s'est déroulé l'accouchement?

- | | | | | |
|--|--|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vaginal | <input type="checkbox"/> Césarienne | <input type="checkbox"/> Césarienne d'urgence | <input type="checkbox"/> Accouchement provoqué | |
| <input type="checkbox"/> Épidurale | <input type="checkbox"/> Médication | <input type="checkbox"/> Forceps | <input type="checkbox"/> Ventouse | <input type="checkbox"/> Episiotomie |
| <input type="checkbox"/> Présentation en normale | <input type="checkbox"/> Présentation en siège, par le visage ou par les pieds | | | |

Y a-t-il eu des complications? _____

Début de vie

Poids à la naissance _____ Grandeur à la naissance _____

Score APGAR _____ APGAR Après 5 minutes _____

Cocher si votre enfant a eu une ou plusieurs de ces problématiques de début de vie :

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soin néonatal requis | <input type="checkbox"/> Jaunisse | <input type="checkbox"/> Torticolis | <input type="checkbox"/> Colique | <input type="checkbox"/> Infection |
| <input type="checkbox"/> Anomalie congénitale | <input type="checkbox"/> Autres _____ | | | |

Alimentation

Avez-vous allaité? oui non Si oui, de quel âge à quel âge? _____

Y a-t-il des problèmes lors de l'allaitement? _____

Avez-vous utilisé du lait maternisé? oui non Si oui, de quel âge à quel âge? _____

À quel âge ont été introduits les aliments solides? _____

L'enfant a-t-il des allergies alimentaires ou des intolérances? _____

Quel est le groupe alimentaire préféré de votre enfant? _____

Quel est le groupe alimentaire qu'il aime le moins? _____

Quelle quantité d'eau boit-il par jour? _____

Sommeil

Combien d'heures l'enfant dort-il la nuit? _____ L'enfant dort-il des nuits complètes? _____

Combien de siestes l'enfant fait-il par jour, environ (et leur durée)? _____

Y a-t-il des problèmes associés à la période de sommeil? _____

Activité

Quelles sont les activités préférées de votre enfant et le temps alloué à chacune?

Développement de l'enfant

À quel âge l'enfant :

a tenu sa tête _____ a roulé _____ s'est assis seul _____
a marché à quatre pattes _____ s'est tenu debout _____ a marché _____

Vaccination

Est-ce que l'enfant a reçu les vaccins de routine? oui non

A-t-il présenté des réactions adverses suite aux vaccins? Si oui, précisez : _____

Antécédents personnels

Votre enfant est-il atteint d'une maladie ou de problématiques de santé? _____

Prend-il des médicaments? Si oui, lesquels et pourquoi? _____

A-t-il déjà été hospitalisé? (année, durée, raison) : _____

A-t-il déjà subi des chirurgies? (année, endroit, raison) : _____

A-t-il déjà subi un accident, une chute, un traumatisme ou une blessure ? Si oui, quand? _____

Antécédents familiaux

Est-ce que les parents de l'enfant ont des maladies connues? _____

Est-ce que les frères et soeurs ont des maladies connues? _____

Revue des systèmes Cochez les symptômes qui sont familiers chez votre enfant :

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Otites | <input type="checkbox"/> Trouble digestif | <input type="checkbox"/> Troubles thyroïdiens |
| <input type="checkbox"/> Perte de poids | <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents | <input type="checkbox"/> Constipation/Diarrhée | <input type="checkbox"/> Hyperactivité |
| <input type="checkbox"/> Fatigue importante | <input type="checkbox"/> Congestion | <input type="checkbox"/> Nausée/vomissement | <input type="checkbox"/> Diff. à tourner la tête |
| <input type="checkbox"/> Convulsion | <input type="checkbox"/> Écoulement nasal | <input type="checkbox"/> Colique | <input type="checkbox"/> Paralyse |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Trouble cardiaque | <input type="checkbox"/> Régurgitations | <input type="checkbox"/> Maladie héréditaire |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Trouble pulmonaire | <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Anomalie congénitale |
| <input type="checkbox"/> Troubles oculaires | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Infections urinaires | <input type="checkbox"/> Allergie |
| <input type="checkbox"/> Regards absents | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Pipi au lit | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Troubles rénaux | <input type="checkbox"/> Problèmes de peau | |

Signature du parent : _____ date _____

Signature : _____ date _____