

# QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL POUR ENFANT

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Du père : \_\_\_\_\_

Votre adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : Rés. : \_\_\_\_\_ Bur. : Mère : \_\_\_\_\_ Père : \_\_\_\_\_

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 ? \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

## DE LA NAISSANCE À 2 ANS

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Naissance :  À terme  Prématurée  Après terme

Type :  Vaginale  Forceps ou ventouses  Siège  Césarienne  Épidurale  Pitocin

Poids à la naissance : \_\_\_\_\_ Sa mesure : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

# QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL POUR ENFANT

## 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 : \_\_\_\_\_

**Diète :**  Mange de tout  Végétarien  Suppléments

Aliments à éviter : \_\_\_\_\_

## 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. Les radiographies, s'il y a lieu, demeurent la propriété de cette clinique.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent