

Identification du patient

Nom: _____ Prénom : _____ Sexe : M F
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 (maison) 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

Fratrie 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 / ne se rappelle pas

Médicaments prescrits : _____ Raison : _____

Médicaments sans ordonnance : _____ Raison : _____

Produits naturels et vitamines : _____

tabac ___/jour Alcool ___/semaine Drogues ___/semaine

Chutes Accidents Hospitalisation (raison) : _____

Autres : _____

Néonatal et accouchement :

Durée de l'accouchement (des contractions rég. à la naissance) : ____ heures Durée de la poussée : ____ hr. / min.

Lieu : Hôpital Maison de naissance À la maison Transfert Autre : _____

Vaginal : Présentation Tête Face Siège Postérieur (nez en haut) AVAC Autre : _____

Césarienne : Planifiée Non- planifiée _____

Médication : 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 : _____ Raison : _____

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 : _____ Trébuche ou chute souvent? _____

Consentements :

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 (en lettres moulées)

Signature

Date