

Bienvenue chez **ABC Clinique Santé!**  
Afin de vous assurer le meilleur service possible, nous vous demandons de prendre quelques minutes pour remplir le présent document.

**INFORMATIONS  
PERSONNELLES**

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AA) : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Tel (mère) : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_ Tel (père) : \_\_\_\_\_

Tel (maison) : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Nombre de frères/sœurs : \_\_\_\_\_ Leurs âges : \_\_\_\_\_

Parents \_\_\_\_\_ mariés / conjoints de fait \_\_\_\_\_ séparés / divorcés

Situation particulière de garde partagée ? \_\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_\_ NON

Votre enfant est-il couvert par des assurances privées? \_\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_\_ NON

**Qui vous a référé chez ABC Clinique Santé?**

- Professionnel de la santé (identifiez SVP) : \_\_\_\_\_
- Patient à la clinique (identifiez SVP) : \_\_\_\_\_
- Journal local  Google  Réseau 411 (web ou papier)
- Site Web de la clinique  Facebook  Pages Jaunes (web ou papier)
- Autre (précisez SVP) \_\_\_\_\_

**MOTIF DE CONSULTATION**

**SVP indiquez quelle est la raison de votre visite à la clinique**

- Je consulte par prévention, mon enfant n'a aucun symptôme
- Mon enfant souffre de :

\_\_\_\_\_

Comment les symptômes sont-ils survenus ?

- Lentement, avec le temps – Cause inconnue
- Suite à un accident ou une chute

Depuis quand a-t-il ces symptômes (date)? \_\_\_\_\_

**Y a-t-il eu des complications pendant la grossesse?**

\_\_\_ OUI \_\_\_ NON

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Médications : \_\_\_\_\_

**Durée de la grossesse :** \_\_\_\_\_ semaines

Durée du travail : \_\_\_\_\_ heures      Durée de la poussée : \_\_\_\_\_

Poids et grandeur du bébé à la naissance : \_\_\_\_\_ APGAR \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

**Y a-t-il eu des complications pendant l'accouchement?**

\_\_\_ OUI \_\_\_ NON

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

**Y a-t-il eu des interventions lors de l'accouchement?**

\_\_\_ OUI \_\_\_ NON

Si oui, lesquels ?! \_\_\_ péridurale \_\_\_ forceps \_\_\_ ventouses \_\_\_ césarienne \_\_\_ provoqué

Autres interventions : \_\_\_\_\_

Médications : \_\_\_\_\_

**Au cours de sa vie, votre enfant a-t-il subi des accidents, chutes, traumatismes?**

SVP Notez tous les accidents même s'ils vous semblent mineurs.

Accidents

Dates

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A-t-il subi des opérations ou hospitalisations?**

Opérations / Hospitalisations

Dates

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Votre enfant prend-il des médicaments (prescription OU vente libre), des suppléments ou produits naturels?**

Médicaments ou autres produits

Doses

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il des allergies ou reçu un diagnostic pour une maladie ou une condition particulière?**

\_\_\_\_\_

**Votre enfant prend-il...**

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| ❖ Des anticoagulants?   | OUI | NON |
| ❖ De la cortisone ou a-t-il reçu des infiltrations de cortisone?      | OUI | NON |
| ❖ Est-il porteur de la tuberculose?                                   | OUI | NON |
| ❖ A-t-il un stimulateur cardiaque ou toutes autres formes d'implants? | OUI | NON |

Y a-t-il des maladies ou conditions connues au sein de votre famille? Lesquelles?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Qui est le pédiatre de votre enfant? \_\_\_\_\_

Nous donnez-vous la permission de contacter, au besoin, votre médecin afin de faire un suivi conjoint de votre dossier de santé? \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Non

➤ Si oui, SVP veuillez apposer vos initiales ici : \_\_\_\_\_

#### ALLAITEMENT

Votre enfant a-t-il été allaité (ou est-il encore allaité)? \_\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_\_ NON

Si oui, jusqu'à quel âge? \_\_\_\_\_ Si vous avez offert du lait maternisé, lequel? \_\_\_\_\_

#### INTRODUCTION DES ALIMENTS

À quel âge avez-vous introduit les premiers aliments solides? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il réagi négativement à des aliments? \_\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_\_ NON

Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

#### VACCINATION

Avez-vous choisi de faire vacciner votre enfant? \_\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_\_ NON

Si oui, quels vaccins avez-vous choisi d'offrir à votre enfant?

- Tous les vaccins du carnet de vaccination juvénile du Québec
- Seulement certains vaccins du carnet de vaccination juvénile du Québec

Précisez : \_\_\_\_\_

- Autres vaccins

Précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il réagi négativement à un vaccin? \_\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_\_ NON

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

#### ENVIRONNEMENT

Votre enfant est-il exposé à la fumée secondaire ? \_\_\_\_\_ Jamais \_\_\_\_\_ Rarement \_\_\_\_\_ Souvent

#### HABITUDES DE SOMMEIL

Nombre d'heures de sommeil par nuit : \_\_\_\_\_

Position de sommeil : \_\_\_\_\_ Dos \_\_\_\_\_ Ventre \_\_\_\_\_ Côté droit \_\_\_\_\_ Côté gauche

Sommeil récupérateur : \_\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_\_ NON

### À QUELLE FRÉQUENCE APPERCEVEZ-VOUS LES SYMPTÔMES SUIVANTS?

Jamais (J) Parfois (P) = +/- 1 fois par mois Souvent (S) = Plusieurs fois par mois

J	P	S		J	P	S	
<b>SYSTÈME RESPIRATOIRE</b>				<b>SYSTÈME URINAIRE</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Énurésie (pipi au lit) 3 ans et +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toux sèche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infections urinaires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toux productive (grasse)	<b>OREILLE – NEZ - BOUCHE</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite, douleur à l'oreille
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble d'audition
<b>SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestion nasale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffle au coeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Écoulement nasal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arythmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saignement nasal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mains et pieds froids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre anomalie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux de gorge
<b>SYSTÈME DIGESTIF</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble de vision
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coliques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Larmoiement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de tétée	<b>PEAU</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczéma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeur ou décoloration
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflux gastro-œsophagien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sécheresse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sang dans les selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudation excessive
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vomissements	<b>SYSTÈME MUSCULAIRE</b>			
<b>SYSTÈME NERVEUX</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur musculaire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retard de développement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tension musculaire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles d'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faiblesse musculaire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble de concentration				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxiété ou nervosité				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnie				
<b>SYSTÈME ARTICULAIRE</b>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raideur articulaire				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déformation articulaire				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleurs articulaires				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrite juvénile				

### CONSENTEMENT

J'autorise le(la) professionnel de la santé à effectuer un examen physique sur mon enfant (si applicable).

Signature du parent \_\_\_\_\_  Mère  Père  Tuteur légal

Signature du témoin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_