

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 : _____
Num. civic Rue Ville Code Postal

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	
SYSTÈME RESPIRATOIRE				SYSTÈME URINAIRE			
<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)	OREILLE – NEZ - BOUCHE			
<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
SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE				<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
SYSTÈME DIGESTIF				<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	PEAU			
<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	SYSTÈME MUSCULAIRE			
SYSTÈME NERVEUX				<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				
SYSTÈME ARTICULAIRE							
<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 _____