

Bilan de santé confidentiel

Pédiatrique

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Code postal : _____
Adresse courriel : _____
Téléphone : _____ Date de naissance (JJ,MM,AA) : _____ Sexe : _____
Nom des parents _____ Nombre de frères : _____ Soeurs : _____
Référé par : _____
Objet du présent rendez-vous : _____

Soins chiropratiques antérieur : _____
Si oui à quand remonte son dernier ajustement : _____

Section réservée à la mère

Avez-vous pris des contraceptifs oraux? _____ Pendant combien de temps? _____
Enfant à terme? _____ Fausses couches? _____ Enceinte présentement? _____
Avez-vous déjà fumé? _____ Pendant combien de temps? _____ quantité par jour _____

Grossesse

Complication _____	Contraception _____	Cours prénataux _____
Médication _____	Maux de dos _____	Soins chiropratique _____
Alcool _____	Sciatalgie(mal de jambe) _____	Soins parentaux _____
Caféine/liqueur _____	Autres douleurs _____	Enfant porté à terme _____
Caféine/thé _____	Perte de poids importante _____	Heureuse _____
Caféine/Chocolat _____	Gain de poids important _____	Humeur dépressive _____
Caféine/autre _____	Réaction allergique _____	Manque de sommeil _____
Vitamines/suppléments _____	Stress émotif _____	Nausées _____
Hospitalisation _____	Blessures physiques _____	Saignements _____
Autre _____		

Accouchement

Travail supérieur à 12 heures _____	Médication _____	Ventouse _____
Complication _____	Forceps _____	Accouchement prématuré _____
Utilisation du moniteur fœtal _____	Césarienne _____	Accouchement provoqué _____

Historique

Durée de la grossesse _____ semaines	Apgar à la naissance _____ / 10
Grandeur à la naissance _____ po/cm	Apgar après 2 min _____ / 10
Poids à la naissance _____ lb/kl	Apgar après 5 min _____ / 10

Indiquer si problème de naissance

Respiration _____ Étouffement _____ Jaunisse _____
Couleur _____ Tétée _____ Autre _____
Cri _____ Sommeil _____

Indiquer si applicable à la naissance

Médication _____ Chirurgie _____ Circoncision _____
Lait maternisé _____ Érythromycine (antibiotique Autre _____
Vitamine K _____ dans les yeux) _____

Antécédents

L'enfant a été hospitalisé? _____ Vaccination? _____
Opération : _____ Année _____
Fracture : _____ Année _____
Maladie : _____ Année _____

*** Est-ce qu'un membre de votre famille souffre ou a souffert de : Cancer / Diabète /
Troubles cardiaques / Troubles respiratoires / allergies / Trouble rénaux / Scoliose /
Problèmes mentaux / Problèmes de foie / ou autre Précisez : _____

Votre enfant a déjà eu (*) ou a présentement (X)

Allergies _____ Sang dans les urines _____ Manque de sommeil _____
Arthrite rhumatoïde _____ Sang dans les selles _____ Nausée _____
Constipation _____ Sinusite _____ Hémorroïdes _____
Engourdissements, picotement, Trouble cardiaque _____ Otites _____
Fourmillement _____ Troubles circulatoires _____ Cancer _____
Perte de connaissance _____ Troubles sanguins _____ Bébé bleu _____
Incontinence urinaire _____ Troubles des yeux _____ Scoliose _____
Fatigue _____ Troubles digestifs _____ Coliques _____
Maladie héréditaires _____ Douleur à l'estomac _____ Régurgiter _____
Maux de tête _____ Troubles glandulaires _____ Vomissement _____
Méningite _____ Troubles pulmonaires _____ Convulsions _____
Bruits à l'oreille _____ Troubles rénaux _____ Diabète _____
Perte ou gain de poids _____ Vertiges _____
Autre (précisez) : _____

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes. Par la présente, j'autorise le Dr François Raymond à prodiguer les examens nécessaires.

Signature

Date