

Questionnaire sur l'histoire médicale de votre enfant

Nom de l'enfant: _____ Âge: ____ Date de naissance: _____
jour / mois / année

Nom des parents / tuteurs _____

Adresse électronique : _____ Assurance maladie _____

Adresse: _____

Ville: _____ Prov: _____ Code Postale: _____

Numéro de téléphone à domicile: _____ au travail: _____

Qui vous a référé à ce bureau? _____

Nom du pédiatre (ou médecin de famille) _____

Quel est votre souci majeur concernant la santé de votre enfant?

Quel autre aspect de sa santé aimeriez-vous voir amélioré? _____

Qui a diagnostiqué son problème de santé? votre pédiatre un spécialiste autre _____

Veillez faire la liste des spécialistes consultés pour le problème sus-mentionnée.

Quel était l'état de santé des deux parents lors de la conception?

Père: mauvais moyen bon excellent

Mère: mauvais moyen bon excellent

Quel était votre état de santé durant votre grossesse?

mauvais moyen bon excellent

Commentaires:

Quels suppléments avez-vous pris durant la grossesse?

Avez-vous durant votre grossesse?

Oui

Non

Si oui, combien de cigarettes par jour?

Avez-vous consommé de l'alcool durant votre grossesse?

Oui

Non

Si oui, indiquez quelle sorte, la quantité et la fréquence.

Quel médicaments avez-vous pris lors de votre grossesse?

Sous ordonnance

En vente libre

Comment décririez-vous la qualité de votre alimentation durant votre grossesse?

mauvaise

moyenne

bonne

excellente

Comment s'est passé votre accouchement? Indiquez s'il y a eu des complications.

Avez-vous allaité votre enfant après sa naissance? Oui

Non

Si oui, pendant combien de temps?

Que lui avez-vous donné comme premier liquide, autre que l'eau, après le sevrage? (ou si il/elle n'était pas nourri(e) au sein, quels aliments a-t-il/elle consommé en premier)?

Quels aliments solides avez-vous donnés à votre enfant avant l'âge de 6 mois?

Aliment

À quel mois

Quels nouveaux aliments ont été introduits entre l'âge de 6 mois et 9 mois?

Aliment

À quel mois

Quel était l'état de santé de votre bébé durant les 6 premiers mois de sa vie?

mauvais moyen bon excellent

Est-ce que votre bébé a souffert de coliques?

Jamais occasionnellement souvent coliques sévère

Quel sont les vaccins que votre enfant a reçus?

Vaccin

Âge

Effet indésirable (?)

Quelle a été la première maladie de votre enfant qui a nécessité un examen médical?

Maladie

Âge

Traitement

Quelles maladies infantiles votre enfant a-t-il/elle eues? Indiquez si les symptômes de la maladie ont été légers, modérés ou sévères.

Oui / Non

Âge

Intensité

Roséole

Rubéole

Rougeole

Varicelle

Oreillons

Scarlatine

Coqueluche

Angine streptococcique (strep throat)

Impétigo

Mononucléose

Combien de fois votre enfant a-t-il/elle pris des antibiotiques?

Faites la liste de tous les médicaments que votre enfant a pris dans le passé. Si ce sont des antibiotiques, veuillez en indiquer la sorte.

Âge	Maladie	Médicament	Effet indésirable (?)
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Quels sont les médicaments que votre enfant prend maintenant?

Quels sont les suppléments que votre enfant prend de façon régulière?

Veuillez résumer le problème de santé de votre bébé, en indiquant quand ce problème a commencé, les premiers symptômes apparus et les symptômes actuels.

Comment décririez-vous le tempérament de votre enfant?

Est-ce que le développement physique de votre enfant était:

plus lent que la norme normal plus rapide que la normale

Est-ce que le développement mental / émotionnel de votre enfant était::

plus lent que la norme normal plus rapide que la normale

Comment votre enfant se comporte-t-il à l'école et quels sont ses résultats?

Est-ce que les parents naturels de cet enfant sont:

Mariés Conjointes de fait Séparés Divorcés Remariés

Est ce que certains membres de votre famille fument? Oui Non

Votre enfant a-t-il des frères et/ou des soeurs?

Nom Âge État de santé

Dans quel état émotionnel étiez-vous durant la grossesse?

excellent stable stressé très stressé

Comment chauffez-vous votre maison?

mazout électricité gaz bois

À la maison actuellement dans quel climat émotionnel votre enfant vit-il ?

très stable stable stressant très stressant

Histoire familiale

Veillez indiquer l'âge des membres de votre famille qui sont vivants s'il y a lieu, pour ceux qui sont décédés leur l'âge au moment de leur décès. (V= vivant, D = décédé)

Grand mère (maternelle) V _____ D _____

Grand père (maternelle) V _____ D _____

Grand mère (paternelle) V _____ D _____

Grand père (paternelle) V _____ D _____

Père L _____ D _____

Mère L _____ D _____

Frères L _____ D _____

L _____ D _____

L _____ D _____

L _____ D _____

Soeurs L _____ D _____

L _____ D _____

L _____ D _____

L _____ D _____

Indiquez, s'il y a lieu, si certaines des maladies suivantes affectent les membres de votre famille (grand parents, parents, frères or sœurs). Combien de membres de la famille ont eu cette maladie?

Diabète _____ Cancer _____ Maladies cardiaques _____

Trouble mental _____ Arthrite _____ Hypertension artérielle _____

Allergies _____ Goitre _____ Rhumatisme _____

Maladie rénales _____ Problèmes d'estomac _____ Maladie d'Alzheimer _____

Tuberculose _____

Est-ce que le père or la mère de l'enfant souffre d'une maladie chronique? Quel est l'état général de leur santé?

Père: _____

Mère: _____