



**1699 chemin Mountain
Moncton, NB E1G 1A7
(506)383-1699**

**Email: health@codiacchiropractic.com
Bienvenue à notre clinique!**

Histoire de santé – bébé et jeune enfant

Nom et Surnom _____ Sex: M ou F Date: _____
Adresse: _____ Ville: _____ Code Postale: _____
Date de naissance: _____ Tél. mère: maison: _____ Bureau: _____
Tél. père: maison: _____ Bureau: _____
Grandeur: _____ Poids: _____ Référé par: _____
Médecin actuel: _____ Adresse: _____
Date de la dernière visite chez le médecin: _____ Raison: _____
Chiropraticien précédent: _____ Adresse: _____
Date de la dernière visite chez le chiropraticien: _____ Raison: _____

Autorisation de soigner un mineur

Par la présente, j'autorise **Dr. François LeBlanc** et tous ceux qu'il désigne à administrer des soins nécessaires à ma/mon fille/fils.

Signé: _____ Témoin: _____
Daté ce _____ jour de _____, 20_____.

Problème principal

Raison de votre visite: _____

Thérapies suivies en relation avec ce problème (incluant médicaments) _____

Date du début du problème: _____ Etait-ce: soudain ou graduel
Durée de la douleur/du problème par épisode: _____ minutes _____ heures _____ jours
_____ mois _____ années.

Caractéristiques de la douleur/du problème: _____ constant _____ intermittent
_____ occasionel

Facteurs d'initiation: _____

Facteurs aggravants: _____

Facteurs soulageants: _____

Effets du problème sur les fonctions corporelles et activités quotidiennes _____

Grossesse

Durée de la grossesse: _____ semaines

Y a-t-il eu des complications durant la grossesse? _____

Avez-vous pris des médicaments durant la grossesse? Oui Non. Si oui, lesquels _____

L'accouchement a-t-il été normal? Oui Non. Sinon, veuillez décrire _____

Durée de l'accouchement (heures) _____ Position du bébé _____

“Forceps” utilisés? Oui Non

Avez-vous pris des médicaments durant l'accouchement? Oui Non. Si oui, veuillez décrire _____

Poids à la naissance _____ Longueur à la naissance _____

Histoire du development

Veuillez donner les âges (en mois) lorsque l'enfant:

a eu le contrôle de sa tête _____ s'est retourné tout seul _____

s'est assis sans support _____ s'est tenu debout avec support _____

s'est tenu debout sans support _____ a rampé _____

a marché sans aide _____

a utilisé la toilette: début _____ seul régulièrement _____

Habitudes de sommeil: _____ heures/jour _____ heures/nuit

Interruption de son sommeil (nombre de fois) _____

Histoire nutritionnelle

Allaitement: _____ mois; Formule à l'âge de _____ pour _____ mois

Marque de formule utilisée _____ Lait de vache à l'âge de _____

Autres sortes de lait? Oui Non, à l'âge de _____ mois.

Nourriture de bébé commerciale? Oui Non sorte _____

Intolérance à de la nourriture/jus? Oui Non Décrire _____

Comportement social

Semble normal pour son âge Oui Non

Sinon, expliquez _____

Maladies infantiles

Oui	Non	Varicelle (picotte) (âge _____)
Oui	Non	Oreillons (âge _____)
Oui	Non	Rougeole (âge _____)
Oui	Non	Rubéole (âge _____)
Oui	Non	Croupe (âge _____)
Oui	Non	Autre (âge _____)
Oui	Non	immunisation (sorte et âge) _____

Activités quotidiennes

Etant bébé ou très jeune enfant (de la naissance à 4 ans), est-ce que les activités suivantes se sont produites? **(cochez S.V.P.)**

_____ est tombé d'une table de changement	_____ a eu des pleurs fréquents
_____ est tombé d'un escalier	_____ a eu des fièvres fréquentes
_____ est tombé d'un berceau	_____ a souffert de diarrhée fréquente
_____ a été impliqué dans un accident de voiture	_____ a souffert de constipation
_____ Est tombé d'un équipement de terrain de jeu	_____ a eu des problèmes de sommeil
_____ a joué avec un "Jolly Jumper"	_____ a eu des gripes fréquentes
_____ a eu des infections d'oreilles (otites) fréquentes	_____ a eu des coliques

Etant jeune enfant (de 5 à 12 ans), est-ce que les items suivants se sont produits?

(cochez S.V.P.)

_____ est tombé d'un arbre	_____ a été impliqué dans un accident de voiture
_____ est tombé en bicyclette	_____ a eu des maux de ventre
_____ est tombé d'un équipement de terrain de jeu	_____ a mouillé son lit
_____ a eu un accident sportif	_____ a eu des trouble d'apprentissage

Histoire médicale

Votre enfant a-t-il déjà souffert d'un ou de plusieurs des suivants:

(cochez S.V.P.)

_____ maux de tête	_____ picotement dans les bras/mains
_____ étourdissements	_____ problèmes de digestion
_____ bourdonnements dans les oreilles	_____ fatigue
_____ douleur au cou	_____ douleur aux pieds/chevilles
_____ asthme	_____ douleur aux genoux
_____ allergies/fièvres des foins	_____ picotement dans les jambes/pieds
_____ hyperactivité	_____ engourdissement des jambes/pieds
_____ engourdissement des bras/mains	_____ douleur au bas du dos
_____ douleur aux bras/poignets	_____ "growing pains"
_____ troubles de sommeil	_____ autres _____
_____ douleurs aux épaules	

Lequel des problèmes cochés ci-dessus a causé le plus de problème?

Est-ce que ce problème persiste toujours? _____

L'enfant a-t-il déjà été hospitalisé? _____ Si oui, pour quelle(s) raison(s) _____

Prend-il des médicaments à l'heure actuelle? _____ Si oui, lesquels _____

Histoire familiale significative (ex: cancer, diabète, troubles cardiaques, troubles rénaux, arthrite, etc.) _____

Y a t-il autre chose dont nous devrions être au courant? _____

Visitez notre site web au www.codiacchiropractic.com

Merci!