

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL

A L'ATTENTION DES PARENTS

Nom et Prénom : _____ Date : _____
Date de naissance : _____ Nom du Père : _____
Parents : mariés divorcés seul Nom de la Mère : _____
Nombre de frères et soeurs : _____ Prénom(s) : _____ Date de naissance : _____

Comment avez-vous entendu parler du cabinet ? _____

MOTIF PRINCIPAL DE LA CONSULTATION

raison(s) de la visite check-up (veuillez passer directement aux « antécédents santé » en page 2)

Autre(s) problème(s) de santé

Avez-vous consulté un autre docteur/praticien pour cette condition ? non oui Qui ? _____

Avis donné / traitement reçu ? _____ Résultats obtenus ? _____

Quand et comment cette condition a-t-elle commencé ? _____

L'enfant a-t-il déjà souffert du même problème par le passé ? non oui Quand ? _____

La condition : va en s'améliorant est stable va en s'empirant

Qu'est-ce qui augmente la condition ? _____

Qu'est-ce qui diminue la condition ? _____

La douleur / symptôme interfère avec :

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> école / études | <input type="checkbox"/> progrès académiques | <input type="checkbox"/> développement de l'enfant | <input type="checkbox"/> relations avec la famille |
| <input type="checkbox"/> activités récréatives (sport, hobby) | <input type="checkbox"/> sa vie sociale | <input type="checkbox"/> son sommeil | |

Ce problème vous préoccupe-t-il ou préoccupe-t-il l'enfant ? non oui

En quoi ? _____

Selon vous, pourquoi ce problème arrive-t-il à votre enfant ?

Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre engagement à faire tout ce qui est en votre pouvoir pour guérir ce problème ? ____



ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ

PRÉNATAL

Age de la mère lors de la grossesse ? _____ Nombre de grossesses précédentes ? _____

Y a-t-il eu des fausses couches avant ? _____

Avez-vous utilisé des médicaments, de l'alcool ou fumé durant la grossesse ? _____

La grossesse s'est-elle déroulée normalement ? _____

L'enfant était-il à terme ou prématuré ? _____

NAISSANCE

Lieu d'accouchement : à domicile maison de naissance hôpital

Durée du travail ? _____ Travail : spontané induit, quel médicament ? _____

Naissance naturelle ou césarienne ? _____ Utilisation de : forceps ventouse

Utilisation de médicament analgésique ou péridurale ? _____

La position in-utéro du bébé était-elle normale ? _____

Poids, taille et score d'Apgar à la naissance? _____

NÉONATAL

Le bébé a-t-il eu besoin d'une réanimation ? _____

A-t-il eu ? problème de respiration cyanose convulsion anémie

Souffre-t-il de malformations congénitales ? _____

ANTÉCÉDENTS NUTRITIONNELS

Avez-vous allaité votre enfant au sein ? non oui Combien de temps ? _____

Quand avez-vous introduit de la nourriture solide ? _____

Y a-t-il eu des allergies aux aliments introduits ? _____

L'enfant consomme-t-il beaucoup d'additifs alimentaires ? _____

Habitudes alimentaires : excellentes bonnes moyennes mauvaises

L'enfant prend-il des : vitamines suppléments herbes homéopathie

MALADIES D'ENFANCE ET STRESS CHIMIQUE

L'enfant a-t-il eu les maladies d'enfance suivantes :

- | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|------------------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| <input type="checkbox"/> Otites | | <input type="checkbox"/> Douleurs ou problème de croissance | | <input type="checkbox"/> Asthme | | |
| <input type="checkbox"/> Colique | | <input type="checkbox"/> Problèmes digestifs | | <input type="checkbox"/> Épilepsie | | |
| <input type="checkbox"/> Bronchite | | <input type="checkbox"/> Maux de tête | | <input type="checkbox"/> Fatigue | | |
| <input type="checkbox"/> Grippe/ Rhume chronique | | <input type="checkbox"/> Hyperactivité / déficit d'attention | | <input type="checkbox"/> Fièvre d'origine inconnue | | |
| <input type="checkbox"/> Problème de peau / eczéma | | <input type="checkbox"/> Problème de tempérament | | <input type="checkbox"/> Perte de concentration | | |
| <input type="checkbox"/> Problème pour apprendre | | <input type="checkbox"/> Progrès scolaires lents | | <input type="checkbox"/> Scoliose | | |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de comportement | | <input type="checkbox"/> Énurésie (pipi au lit) | | <input type="checkbox"/> Rhume des foies | | |
| <input type="checkbox"/> Allergies | | <input type="checkbox"/> Dyslexie | | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil | | |

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? _____

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? _____

Vaccins reçus ? _____

Effets secondaires ? _____



Combien de traitements d'antibiotiques votre enfant a-t-il eu :

Dans sa vie ? _____ Raison ? _____

Cette année ? _____ Raison ? _____

A-t-on restauré la flore intestinale après la prise d'antibiotiques ? _____

Autres médicaments utilisés ? _____

ANTÉCÉDENTS PHYSIQUES

L'enfant est-il tombé ou a-t-il eu un accident des manières suivantes :

- table à langer berceau escaliers arbre vélo /patins ski en se battant
 accident d'auto choc important sur la tête ou le visage autres _____

Votre enfant fait-il du sport ? Si oui, lesquels ? _____

Combien de fois par semaine ? _____

ORGANISATION NEUROLOGIQUE DE L'ENFANT

Votre enfant a-t-il rampé et s'est-il déplacé à quatre pattes ? _____

A quel âge l'enfant a-t-il commencé à marcher ? _____

A quel âge a-t-il été propre : de jour ? _____ de nuit ? _____

Souffre-t-il d'émissions involontaires d'urine ? non oui le jour la nuit

L'enfant présente-t-il des troubles du sommeil / cauchemars ? _____

L'enfant a-t-il sucé son pouce ou d'autres doigts ? _____ Jusqu'à quand ? _____

L'enfant a-t-il des problèmes de vue :

- myopie hypermétropie astigmatisme strabisme daltonisme

L'enfant a-t-il des problèmes : d'audition ? _____

de mémoire ? _____

de concentration ? _____

A quel âge l'enfant a-t-il commencé à parler ses : premiers mots _____ premières phrases _____

L'enfant présente-t-il des troubles du langage ? _____

L'enfant est-il à l'aise dans son corps ? _____

L'enfant est-il ? maladroit hyperactif nerveux impatient

A-t-il ? angoisses phobies peurs inexplicables

PERFORMANCE SCOLAIRE / ACADÉMIQUE

Quelle classe l'enfant suit-il ? _____

Y a-t-il des branches plus difficiles pour lui ? non oui Lesquelles ? _____

L'enfant a-t-il dû redoubler une ou plusieurs classes ? _____

En lecture et / ou en orthographe, l'enfant fait-il des erreurs de confusion ou d'inversion :

- de lettres ? _____

- de chiffres ? _____



L'enfant est-il gaucher ou droitier ? _____ Connait-il sa gauche et sa droite ? _____

L'enfant a-t-il suivi :

un traitement logopédique

Qui _____ Début _____ Fin ? _____ Résultats ? _____

une psychothérapie

Qui _____ Début _____ Fin ? _____ Résultats ? _____

L'enfant s'entend-il bien avec les autres enfants de son âge ? _____

Comment décririez-vous son comportement à la maison / à l'école ?

Pouvez-vous nous signaler d'autres éléments qui nous permettraient de mieux connaître votre enfant ?

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Dans la famille de l'enfant, y a-t-il des problèmes de :

- | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> cancer | <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> allergies, asthme | <input type="checkbox"/> fatigue, dépression |
| <input type="checkbox"/> problèmes de dos / colonne | <input type="checkbox"/> arthrose | <input type="checkbox"/> hernie discale | <input type="checkbox"/> tensions vertébrales | |

D'autres personnes dans la famille souffrent-elles de problèmes de santé ?

Votre enfant est-il autant en bonne santé aujourd'hui que par le passé ?

non ne sais pas oui si oui, quelles sont vos stratégies ? _____

BESOINS ET ATTENTES

Vos besoins et attentes sont importants pour nous. Merci de cocher les choix importants pour vous :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soulager / réduire les douleurs ou les symptômes | <input type="checkbox"/> Améliorer sa santé physique |
| <input type="checkbox"/> Corriger les causes des douleurs ou des symptômes | <input type="checkbox"/> Améliorer sa santé psychique / émotionnelle |
| <input type="checkbox"/> Améliorer sa capacité à résister au stress | <input type="checkbox"/> Améliorer sa qualité de vie globale |
| <input type="checkbox"/> Mettre en place une hygiène de vie saine | |

Merci

