

HISTOIRE DE GROSSESSE

Date : _____

Nom de l'enfant : _____ Sexe : M F Date de naiss : _____ Age : _____

Nom de la mère : _____ Nombre d'enfants : _____

Durée de la grossesse : _____ semaines

PENDANT LA GROSSESSE AVEZ-VOUS EUT (cochez et décrire)

	Oui	Non	
Chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Accidents de voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Accrochages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haute pression sanguine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nausées matinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Indigestions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Crises d'épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enflure des chevilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problèmes thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maux de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Saignements anormaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres maladies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

DURANT LA GROSSESSE, AVEZ-VOUS CONSOMMÉ (cochez et décrire)

	Oui	Non	
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Médicaments prescrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____ Raison : _____
Médica. sans ordonnance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom : _____ Raison : _____

HISTOIRE DE LA NAISSANCE

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

Combien de temps a duré le travail, de la première contraction régulière jusqu'à la naissance ? _____ heures

Combien de temps a duré la deuxième phase du travail (poussée) ? _____ heures

	Oui	Non	
Naissance à l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Naissance à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assistée par une sage-femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Accouchement vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Épisiotomie planifiée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Épisiotomie d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Accouchement provoqué (Pitocine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Utilisation de forceps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Utilisation de ventouses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Administration d'anesthésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Détresse fœtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tâches de méconium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Présentation par le vertex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Présentation par la face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Présentation par le siège	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

CONDITION DU BÉBÉ IMMÉDIATEMENT APRÈS LA NAISSANCE :

Score Apgar : à 1 min : ___/ 10 à 5 min : ___/ 10

Pleurs du bébé le bébé a pleuré immédiatement après la naissance ___

A pleuré fort ___ Pleurs faibles ___ N'a pas pleuré pour ___ minutes

Couleur du bébé Corps rose ___ Face bleue ___ Mains/pieds bleus ___

Activité du bébé Mouvements actifs des bras et jambes ___ Bébé mou ___

Soins intensifs Requis ___ Jours passés à l'unité de soins intensifs néonataux ___

Médicaments donnés à la naissance _____ Vaccins administrés _____

Poids naiss : _____ lbs/ kgs Longueur naiss : _____ pouces/ cms Arrivée à la maison _____

jour

ANAMNÈSE DU JEUNE ENFANT

Date : _____

Nom du patient _____

Sexe M F

Date naissance _____

NUTRITION

Oui Non

Votre enfant est-il nourrit au sein ? Si non, combien de temps l'a-t-il été ? _____

Oui Non

Votre enfant est-il nourrit au lait maternisé ? Quelle formule ? _____

Oui Non

Votre enfant mange-t-il des aliments solides ? _____

Oui Non

Votre enfant a-t-il des problèmes d'alimentation ? _____

Oui Non

Votre enfant a-t-il des problèmes digestifs ? _____

Oui Non

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ? _____

Oui Non

Votre enfant a-t-il des éruptions cutanées persistantes ou intermittentes ? _____

Oui Non

Votre enfant reçoit-il des suppléments vitaminiques ? _____

TRAUMATISME

Oui Non

Votre enfant a-t-il chuté ou subi un traumatisme ?

Nature du traumatisme et la date _____

CROISSANCE ET DÉVELOPPEMENT

Oui Non

Votre enfant peut-il s'asseoir sans support ? A quel âge a-t-il commencé à s'asseoir ? _____ mois

Oui Non

Votre enfant marche-t-il à quatre pattes ? A quel âge a-t-il commencé à le faire ? _____ mois

Oui Non

Votre enfant marche-t-il ? A quel âge a-t-il commencé à marcher ? _____ mois

ÉTAT DE SANTÉ

Oui Non

Votre enfant a-t-il eu des coliques ? _____

Oui Non

Votre enfant a-t-il eu des infections respiratoires ? Combien ? _____

Oui Non

Votre enfant se plaint-il de douleurs ? _____

Oui Non

Votre enfant a-t-il eu des otites ? _____

Oui Non

Les otites se produisent-elles toujours dans la même oreille ? _____

Oui Non

Votre enfant a-t-il eu d'autres maladies ? _____

Oui Non

Votre enfant consomme-t-il présentement des médicaments ? _____

Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé pour des examens ou traitements? _____

Oui Non

Votre enfant a-t-il été vacciné récemment ? _____