CLINIQUE CHIROPRATIQUE
DRE JOËLLE MALENFANT
CHIROPRATICIENNE

FORMULAIRE PÉDIATRIQUE

INFORMATIONS PERSONNELLES :

Nom de l'enfant :_____Prénom :_____ Date de naissance : an_____/ ms_____/ jr_____

Nom de la mère :_____ Prénom :_____ Sexe de l'enfant : _____

Nom du père: _____ Prénom :_____ Nombre de frères : _____

Adresse : _____ Nombre de sœurs : _____

_____ Rang de l'enfant : _____

Code postal : _____

Téléphone : Résidence _____ Travail (mère) _____ Travail (père) _____

Qui vous a recommandé à notre bureau? Ami ❐ Parent ❐ Pages jaunes ❐ Enseigne ❐ Publicité ❐ Autre ❐

NAISSANCE ET ACCOUCHEMENT :

Poids à la naissance : _____ Poids présentement : _____

Grandeur à la naissance : _____ Grandeur présentement : _____

Difficultés durant la grossesse :_____

_____

_____

Accouchement : Vaginal normal ❐ Forceps ❐ Siège ❐ Césarienne ❐

À la maison ❐ À l'hôpital ❐ laquelle _____

Difficultés durant l'accouchement :_____

Durée de l'accouchement : _____

Valeur de l'APGAR : _____ _____ _____ _____

À la naissance, y avait-il : Jaunisse ❐ Cyanose (bleu) ❐

Anomalies congénitales ❐_____

Allaitement : Sein ❐ Durée_____ Biberon ❐ Type de lait_____

Sommeil : _____heures par nuit ; son sommeil est bon ❐ moyen ❐ agité ❐

Médecin/Pédiatre qui suit l'enfant : _____

Date de la dernière visite avec celui-ci_____ Raison_____

_____

Est-ce qu'un diagnostic a été posé à votre enfant? _____

_____

Historique de vaccination :_____

_____

_____

Maladies infantiles : _____

_____

MOTIF DE CONSULTATION

Raison de la présente consultation :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Déclaration pour tous:

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et je consens aux examens nécessaires de mon enfant.

Signature du parent ou du tuteur:_____Date:_____