

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 ? _____