

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 : _____

Ville : _____ Province : _____ Rang de l'enfant : _____

Code postal : _____ - _____

Téléphone rés.: () _____ Trav. (mère): () _____ Trav. (père): () _____

De quelle façon avez-vous entendu parler de la Clinique? (Cochez SVP)

-Pages jaunes : _____ -Annonce publicitaire : _____ -Enseigne : _____ -Ami(e) : _____ -Autre(s) : _____

Si référé par un patient ou ami(e), indiquez son nom SVP : _____

Autre(s), précisez SVP : _____

Bénéficiez-vous d'une assurance qui paie les soins chiropratiques? (Cochez SVP) OUI _____ NON _____

NAISSANCE ET ACCOUCHEMENT :

Poids à la naissance : _____ Poids présentement : _____

Grandeur à la naissance : _____ Grandeur présentement : _____

Difficultés durant la grossesse : _____

Accouchement? (Cochez SVP)

Vaginal normal : _____ Forceps : _____ Siège : _____ Césarienne : _____

À la maison : _____ À l'hôpital : _____ = Nom de l'hôpital SVP : _____

Difficultés durant l'accouchement : _____

Durée de l'accouchement : _____

Valeur de l'APGAR : _____

Médecin ayant pratiqué l'accouchement (Inscrivez nom du médecin SVP) : _____

À la naissance, y avait-il? (Cochez SVP)

Jaunisse : _____ et/ou Cyanose (bleu) : _____

Anomalies congénitales : _____ = S'il y a lieu, énumérez SVP : _____

Allaitement? (Cochez SVP)

Sein : _____ = Durée : _____ et/ou Biberon : _____ = Type de lait : _____

Sommeil = Heures par nuit : _____ ; Son sommeil est : Bon : _____ Moyen : _____ Agité : _____

Médecin/Pédiatre qui suit l'enfant (Inscrivez nom du médecin SVP) : _____

Date de la dernière visite avec celui-ci : An _____ /Ms _____ /Jr _____ Raison (s): _____

Est-ce qu'un diagnostic a été posé à votre enfant? (Cochez SVP) OUI _____ NON _____

Si oui, décrivez-le SVP : _____

Historique de vaccination (Énumérez SVP): _____

Maladies infantiles (Énumérez SVP): _____

MOTIF(S) DE CONSULTATION :

Raison(s) 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 : An _____ /Ms _____ /Jr _____