



## DOSSIER SANTE CONFIDENTIEL – ENFANT

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Date Naissance : \_\_\_\_\_ Nom du Père : \_\_\_\_\_

Parents :  mariés  divorcés  seul Nom de la Mère : \_\_\_\_\_

Nombre de frères et sœurs : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date Naiss : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parlé du cabinet ? \_\_\_\_\_

### MOTIF PRINCIPAL DE LA CONSULTATION

Problème de santé  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 aggrave la condition: \_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui calme la condition : \_\_\_\_\_

La douleur/ symptôme interfère avec :

école /études  progrès académiques  son développement  relation avec la famille  
 activités récréatives (sport, hobby)  son sommeil  sa vie sociale

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 ? \_\_\_\_\_

Quel(s) résultat(s) attendez-vous des soins :

réduire symptômes  restaurer santé / corriger la cause  maintenir la santé

Autre(s) objectif (s) : \_\_\_\_\_

## 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 cette grossesse ? \_\_\_\_\_

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 épidurale ? \_\_\_\_\_

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, toxiques et infectieux

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/intolérances aux aliments introduits ? \_\_\_\_\_

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? \_\_\_\_\_

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

Habitude alimentaire :  excellente  bonne  moyenne  mauvaise

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 :

varicelle  rougeole  rubéole  oreillon  coqueluche  hépatite  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"/> Torticolis                          | <input type="checkbox"/> Scoliose                  |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de comportement | <input type="checkbox"/> Énurésie (pipi au lit)              | <input type="checkbox"/> Rhume des foins           |
| <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 ? \_\_\_\_\_

L'enfant est-il vacciné ? \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu des effets secondaires ? \_\_\_\_\_

Combien de cours d'antibiotiques votre enfant a-t-il pris :

Dans sa vie ? \_\_\_\_\_ Lesquels ? \_\_\_\_\_

Cette année ? \_\_\_\_\_ Lesquels ? \_\_\_\_\_

Le prescripteur d'antibiotiques a-t-il restauré la flore intestinale après les antibiotiques ? \_\_\_\_\_

Autres médicaments utilisés ? \_\_\_\_\_

## Antécédents physiques

L'enfant est-il tombé ou fait un accident des manières suivantes :

table de changement     berceau     escaliers     vélo /patins     en se battant  
 accident d'auto     choc important sur la tête ou le visage     autres \_\_\_\_\_

Votre enfant fait-il du sport ? \_\_\_\_\_ Combien de fois par semaine ? \_\_\_\_\_

## Organisation et développement neurologique

Votre enfant 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'émission involontaires d'urine ?     non     oui     le jour     la nuit

L'enfant présente-t-il des troubles du sommeil ? \_\_\_\_\_

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

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

Comment décririez-vous son comportement à la maison ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Combien d'heures par semaine passe-t-il devant : la télé \_\_\_\_\_ les autres jeux vidéos / ordi / mobile \_\_\_\_\_

A quelle heure mettez-vous un terme à l'utilisation des écrans le soir ? \_\_\_\_\_

Heure du coucher : \_\_\_\_\_ Heure d'endormissement : \_\_\_\_\_ Heure du réveil : \_\_\_\_\_

## Performance scolaire et académique

Quelle classe l'enfant suit-il ? \_\_\_\_\_

Y a-t-il des classes 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 ? \_\_\_\_\_ Connaît-il sa gauche et sa droite ? \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il suivi :

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 ?

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

## Antécédents familiaux et facteurs de risque neuro-vertébraux

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

cancer  diabète  maladie cardiaque  allergies, asthme  fatigue

problèmes de dos  arthrose  hernie discale  tensions vertébrales

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

Père : \_\_\_\_\_

Mère : \_\_\_\_\_

Frères et sœurs : Père : \_\_\_\_\_

Grand-parents paternels : \_\_\_\_\_

Grand-parents maternels : \_\_\_\_\_

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 ? \_\_\_\_\_

Au vu de sa santé actuelle et de son style de vie, pensez-vous que votre enfant pourra être au moins autant en bonne santé, voire en meilleur santé, dans 5 ou 10 ans ?

non  ne sais pas  oui si oui, quelles sont vos stratégies pour y parvenir ? \_\_\_\_\_

## Besoins et attentes en matière de prise en charge

En matière de santé de votre enfant en particulier, et de sa vie en général, quels sont :

- Vos besoins urgents actuels ? \_\_\_\_\_
- Vos désirs profonds futurs ? \_\_\_\_\_

Vos besoins et attentes sont importants pour nous. Merci d'évaluer l'importance que vous attribuez aux choix suivants :

**0 – pas important**    **1 – peu important**    **2 – important**    **3 – très important**    **NSP – ne s'applique pas**

Soulager / réduire les douleurs ou les symptômes \_\_\_\_\_ Améliorer sa santé physique \_\_\_\_\_

Corriger les causes des douleurs ou des symptômes \_\_\_\_\_ Améliorer sa santé psychique / émotionnelle \_\_\_\_\_

Maintenir sa santé \_\_\_\_\_ Améliorer sa capacité à résister au stress \_\_\_\_\_

Mettre en place une hygiène de vie saine \_\_\_\_\_ Améliorer sa qualité de vie globale \_\_\_\_\_

Eviter les rechutes et les récurrences \_\_\_\_\_ L'aider à développer son meilleur potentiel \_\_\_\_\_

Quels sont les domaines où vous pensez avoir besoin d'assistance pour améliorer votre santé :

- le stimuler correctement  optimiser son développement neurologique
- s'alimenter correctement / guérir par la nutrition  améliorer la fonction de son système immunitaire
- apprendre à gérer ses problèmes de santé naturellement  faire de la prévention

Merci.