

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

Listez :

Maladies d'enfance et stress chimique

L'enfant a-t-il eu les maladies d'enfance suivantes :

- | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> varicelle | <input type="checkbox"/> rougeole | <input type="checkbox"/> rubéole | <input type="checkbox"/> oreillon | <input type="checkbox"/> coqueluche | <input type="checkbox"/> hépatite | <input type="checkbox"/> autre <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> Otites | <input type="checkbox"/> Colique | <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Grippe/ Rhume chronique | <input type="checkbox"/> Problème de peau / eczéma | <input type="checkbox"/> Problème pour apprendre | <input type="checkbox"/> Problèmes de comportement | <input type="checkbox"/> Allergies |
| <input type="checkbox"/> Douleurs ou problème de croissance | <input type="checkbox"/> Problèmes digestifs | <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Hyperactivité / déficit d'attention | <input type="checkbox"/> Problème de tempérament | <input type="checkbox"/> Torticolis | <input type="checkbox"/> Énurésie (pipi au lit) | <input type="checkbox"/> Dyslexie |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Fièvre d'origine inconnue | <input type="checkbox"/> Perte de concentration | <input type="checkbox"/> Scoliose | <input type="checkbox"/> Rhume des foins | <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? _____

Connait-il sa gauche et sa droite? _____

L'enfant a-t-il suivi:

traitement logopédique; qui? _____

Début? _____

Fin? _____

Résultats? _____

une psychothérapie; qui? _____

Début? _____

Fin? _____

Résultats? _____

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 : _____

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 meilleure 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 ? _____

Merci d'évaluer l'importance que vous attribuez aux choix suivants :

0 -pas important

1 -peu important

2 -important

3 -très important

Soulager / réduire les douleurs ou les symptômes

0 1 2 3

Améliorer sa santé physique

0 1 2 3

Corriger les causes des douleurs ou des symptômes

0 1 2 3

Améliorer sa santé psychique / émotionnelle

0 1 2 3

Maintenir sa santé

0 1 2 3

Améliorer sa capacité à résister au stress

0 1 2 3

Mettre en place une hygiène de vie saine

0 1 2 3

Améliorer sa qualité de vie globale

0 1 2 3

Eviter les rechutes et les récurrences

0 1 2 3

L'aider à développer son meilleur potentiel

0 1 2 3

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.