

CROISSANCE ET DÉVELOPPEMENT

Alimentation du nourrisson: Au sein Biberon Préparation de lait maternisé Autre: _____

Nombre d'heures de sommeil chaque nuit: _____ Qualité du sommeil: _____

À quel âge l'enfant a-t-il:

Répondu au son: _____ Tenu sa tête: _____ Marché à 4 pattes: _____

S'est tenu debout: _____ Assis sans support: _____ Marché sans aide: _____

HISTORIQUE DE SANTÉ & DE MALADIE

Votre enfant a-t-il déjà souffert de:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Déficit d'attention | <input type="checkbox"/> Otites | <input type="checkbox"/> Retard de langage |
| <input type="checkbox"/> Arthrite juvénile | <input type="checkbox"/> Douleur au cou | <input type="checkbox"/> Perte de conscience | <input type="checkbox"/> Rhume / Grippe |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Douleur au dos | <input type="checkbox"/> Problèmes digestifs
(Constipation/Diarrhée) | <input type="checkbox"/> Régurgitation |
| <input type="checkbox"/> Coliques | <input type="checkbox"/> Énurésie (pipi au lit) | <input type="checkbox"/> Problème articulaire | <input type="checkbox"/> Scoliose |
| <input type="checkbox"/> Commotion cérébrale | <input type="checkbox"/> Faible appétit | <input type="checkbox"/> Problème aux bras | <input type="checkbox"/> Trouble du comportement |
| <input type="checkbox"/> Convulsion / Épilepsie | <input type="checkbox"/> Hyperactivité | <input type="checkbox"/> Problème aux jambes | <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme |
| <input type="checkbox"/> Diabète juvénile | <input type="checkbox"/> Problème cardiaque | <input type="checkbox"/> Problème immunitaire | <input type="checkbox"/> Autres: _____ |
| <input type="checkbox"/> Difficulté d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Maux de tête | | _____ |

ALLERGIES, MÉDICATIONS, SUPPLÉMENTATION & CHIRURGIES

Allergies (liste)

Médications (liste)

Raison de la prise de ce médicament:

/ _____
/ _____
/ _____

Suppléments (liste): _____

Chirurgies (liste): _____

FRÈRES & SŒURS, & CLIMAT FAMILIAL

Combien d'enfants avez-vous? _____

Âge des enfants: _____

Problèmes ou inquiétudes en lien avec leur santé?

Comment décririez-vous le contexte familial actuel?

AUTORISATION POUR ENFANT MINEUR

J'atteste que je suis le tuteur légal de cet enfant et j'autorise le centre chiropratique et ses docteurs à procéder aux examens et à prodiguer les soins qui son jugés nécessaires pour l'enfant.

Signature: _____

Date: _____

Témoin: _____