

OUVERTURE DE DOSSIER PÉDIATRIQUE

Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____ Téléphone: _____

Comment avez-vous entendu parler de la clinique? Site web Réseaux sociaux Journal Bottin
 Ami: _____ Autre professionnel: _____ Autre: _____

Parents

Nom: _____ Lien: _____ Téléphone: _____

Nom: _____ Lien: _____ Téléphone: _____

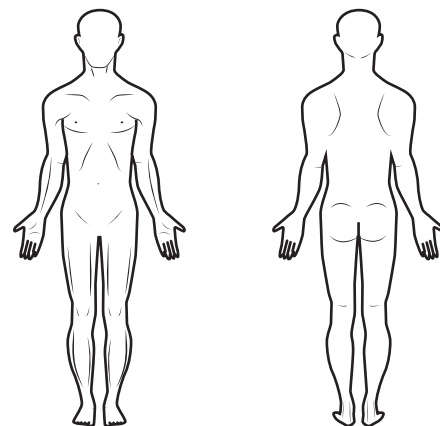
Courriel: _____

MOTIF DE CONSULTATION

Prévention Problème particulier

Motif principal:

Autre(s) motif(s):



LOCALISEZ LES ZONES TOUCHÉES

HISTORIQUE DE GROSSESSE

Complications durant la grossesse:

Douleurs Traumatismes Nausées Vomissements Fatigue Éclampsie Médicaments consommés: _____

Naissance prématurée Diabète de grossesse Rétention d'eau Hospitalisations Autres problèmes: _____

Précisez: _____

Professionnels consultés pendant la grossesse: _____

HISTORIQUE DE NAISSANCE

Type de naissance:

Hôpital Maison de naissance À la maison Normale (vaginale) En siège

Interventions:

Provoquée Épidurale Césarienne Utilisation forceps/ventouse Autre intervention: _____

Complications:

Antibiotiques Anomalies congénitales Score APGAR Jaunisse Méconium Détresse respiratoire Hospitalisation prolongée

Autres professionnels consultés après la naissance: _____

Durée du travail: _____ Temps de poussée: _____ Score APGAR: _____

CROISSANCE ET DÉVELOPPEMENT

Dernier suivi médical (date): _____

Alimentation

Au sein Biberon Préparation de lait maternisé Autre: _____

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

Inquiétudes de développement: _____

Historique de vaccination: _____

Maladies infantiles: _____

HISTORIQUE DE SANTÉ ET MALADIE

Votre enfant a-t-il déjà souffert ou souffre de:

Allergie Asthme Coliques Convulsions Épilepsie Diabète juvénile Otites
 Douleurs Énurésie (pipi au lit) Problèmes digestifs Faible système immunitaire Régurgitation
 Troubles de l'attention Troubles de l'apprentissage Hyperactivité Troubles de comportement
 Trouble du spectre de l'autisme Retard de motricité Souvent malade Autre: _____

Stress physiques

Traumatismes / chutes (fractures / commotions cérébrales): _____

Fractures / commotion cérébrale: _____

Hospitalisations / chirurgies: _____

Stress chimiques

Médicaments, produits naturels et raison: _____

Prise d'antibiotiques: _____

Allergies: _____

Stress psychologiques

Nombre de frères et sœurs et âges: _____

Inquiétudes à propos de leur santé: _____

Climat et contexte familial: _____

AUTORISATION

J'atteste que je suis le tuteur légal de cet enfant, que les informations fournies ci-dessus sont complètes et exactes et je consens à ce qu'il subisse les examens nécessaires.

signature

nom

date