



DOSSIER 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 parler 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 augmente la condition ? _____

Qu'est-ce qui diminue la condition ? _____

La douleur/ symptôme interfère avec :

école/ études progrès académique développement de l'enfant relations avec la famille
 activité récréatives (sport, hobby) sa vie sociale son sommeil

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) : _____

ANTECEDENT DE SANTE

Prénatal

Age de la mère lors de la grossesse ? _____ Nombre de grossesses précédentes ? _____

Y a-t-il eu des fausses couches avant ? _____

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'Appgar 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 ? _____

ANTECEDENTS NUTRITIONNELS ET EXPOSITION CHIMIQUE

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 aux aliments introduits ? _____

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 :

- | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <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="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"/> Progrès scolaires lents | | | <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 ? _____

Vaccins reçus ? _____

Effets secondaires ? _____

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

Dans sa vie ? _____

Lesquels ? _____

Cette année ? _____

Lesquels ? _____

A-t-on restauré la flore intestinale après la prise d'antibiotiques ? _____

Autres médicaments utilisés ? _____

ANTECEDENTS PHYSIQUES

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

table de changement berceau escaliers arbre vélo /patins ski 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 NEUROLOGIQUE DE L'ENFANT

Votre enfant a-t-il rampé et 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'émissions involontaires d'urine ? non oui le jour la nuit

L'enfant présente-t-il des troubles du sommeil/ cauchemars ? _____

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

PERFORMANCE SCOLAIRE / ACADEMIQUE

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 ? _____

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 ?

ANTECEDENTS FAMILIAUX ET FACTEURS DE RISQUE NEURO-VERTEBRAUX

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

- cancer
- diabète
- maladie cardiaque
- allergies, asthme
- fatigue, dépression
- problèmes de dos / colonne
- arthrose
- hernie discale
- tensions vertébrales

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

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

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

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	_____
Enseigner à son organisme à mieux se guérir	_____	Reprendre le contrôle de sa santé	_____
Revitaliser périodiquement son organisme	_____	Être au meilleur de lui-même / elle-même	_____

Quels sont les domaines où vous pensez avoir besoin d'assistance pour améliorer/entretenir la santé de votre enfant :

- faire de l'activité physique correctement
- optimiser son développement
- s'alimenter correctement / guérir par la nutrition
- améliorer /optimiser son système immunitaire
- gérer son stress (inclut posture, ergonomie, relaxation)
- améliorer globalement sa santé
- apprendre à gérer ses problèmes de santé naturellement

Merci.