



DOSSIER SANTE CONFIDENTIEL – ENFANT EN BAS-ÂGE

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 aggrave la condition : _____

Qu'est-ce qui calme la condition : _____

La douleur/ symptôme interfère avec :

développement de l'enfant relation avec la famille sa vie sociale
 activités récréatives 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'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 ? _____

ANTECEDENTS NUTRITIONNELS ET EXPOSITION CHIMIQUE

Avez-vous allaité ou allaitez-vous 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 ? _____

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"/> Trouble de la 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	<input type="checkbox"/> Fièvre d'origine inconnue
<input type="checkbox"/> Problème de peau / eczéma	<input type="checkbox"/> Problème de tempérament	<input type="checkbox"/> Torticolis
<input type="checkbox"/> Rhume des foins	<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? _____

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? _____

L'enfant a-t-il été vacciné ? _____

Comment était l'enfant dans les jours qui ont suivi ? _____

Y a-t-il eu des effets indésirables ? _____

Avez-vous des questions ou préoccupations quant à la vaccination ? _____

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 utilisation d'antibiotiques ? _____

Autres médicaments utilisés ? _____

ANTECEDENTS PHYSIQUES

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

- table de changement berceau escaliers
 accident d'auto choc important sur la tête ou le visage autres _____

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'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 ? _____

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 ?

ANTECEDENTS FAMILIAUX ET FACTEURS DE RISQUE NEURO-VERTEBRAUX

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

- | | | | | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> cancer | <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> allergies, asthme | <input type="checkbox"/> fatigue, dépression |
| <input type="checkbox"/> problèmes de dos / colonne | <input type="checkbox"/> arthrose | <input type="checkbox"/> hernie discale | <input type="checkbox"/> 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 :

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> le stimuler correctement | <input type="checkbox"/> optimiser son développement |
| <input type="checkbox"/> s'alimenter correctement / guérir par la nutrition | <input type="checkbox"/> améliorer / optimiser son système immunitaire |
| <input type="checkbox"/> apprendre à gérer ses problèmes de santé naturellement | |

Merci.