|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date d’ouverture du dossier: | Date |
| QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR ENFANT – PAGE 1*Toutes les informations recueillies sont strictement confidentielles* |
| Nom et Prénom de l’Enfant :. | **Sexe :** . | **Date de naissance** : . |
| Lieu de naissance :  | **Groupe sanguin : .** | **Âge :** . |
| Taille: . | **Poids**: . | **Classe à l’École : .** |
| **Date dernier Examen Médical**: . | **Frères et sœurs (sexes et âges):** . |
| Avec qui habite L’Enfant? . | Animaux domestiques à la maison. |
| Nom du Parent/Gardien: . | Téléphone cellulaire.: . |
| Occupation: . | Téléphone Travaille: . |
| Adresse domicile*: (numéro, rue)* . | Ville:. |
| Province . | Pays . |
| **Courriel:** **.**  | **Téléphone Domicile : .**  |
| Contact d’urgence: *(nom/relation)* . | Téléphone Urgence: . |
| Nom du Pédiatre/Médecin: . | **Téléphone Médecin: .** |
| Autres professionnels de la santé: . |
| Votre enfant a-t-il des amalgames dentaires de mercure? . |
| **Perte ou changement majeur vécu par l’enfant ou la famille dans le passé? *(****décès, divorce, accident, etc.)* | .  |
| *Si oui, date et details: .* |
| . |
| . |
| **ALLERGIES?** *Médicaments, Aliments, Environnementales…, Complétez le tableau ci-bas* |
| **Nom de l’allergène** *(médicament, aliment, etc.)* | **Depuis** | **Réaction et Symptômes** |
| . | . | . |
| . | . | . |
| . | . | . |
| . | . | . |
| **DÉCRIVEZ, PAR ORDRE D’IMPORTANCE, LES PROBLÈMES DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT QUE VOUS VOULEZ ADRESSER** |
|  | Condition | **Depuis** | **Traitements/résultats *(aucun, faible, modéré, excellent)*** |
| **1.** | . | . | . |
| **2.** | . | . | . |
| **3.** | . | . | . |
| **4.** | **.** | . | . |
| **5.** | **.** | . | . |
| IMMUNISATIONS : *Cochez tous les vaccins pris par votre enfant*  |
| . | **Diphtérie, Pertussis, Tétanos (DPT)** | . | **Influenza**  | . | **Pneumonie** |
| . | **Rougeole, Oreillons, Rubéoles (ROR)** | . | **Varicelle** | . | **Méningocoque**  |
| . | **Polio** | . | **Hépatite A** | . | **Herpes Zoster** |
| . | **Variole** | . | **Hépatite B** | .  | **Autres** |
| **QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR ENFANT– Page 2***Toutes les informations recueillies sont strictement confidentielles* |
| **MALADIES D’ENFANCE** | **OUI/NON** | **DATE** | **SÉVÉRITÉ** *(aigue ou chronique/fréquence par année), Traitements, Résultats…)* |
| **Allergies** | . | . | . |
| **Varicelle** | . | . | . |
| **Otites Chroniques** | . | . | . |
| **Rhumes Fréquents** | . | . | . |
| **Rougeole** | . | . | . |
| **Oreillons** | . | . | . |
| **Pneumonie** | . | . | . |
| **Fièvre Rhumatismale** | . | . | . |
| **Rubéole** | . | . | . |
| **Scarlatine** | . | . | . |
| **Angine Streptococcique** | . | . | . |
| **Amygdalite**  | . | . | . |
| **Polio** | . | . | . |
| **Autres** | . | . | . |
| **INDIQUEZ TOUTES LES CHIRURGIES, HOSPITALISATIONS OU BLESSURES SURVÉCUS DANS LE PASSÉ** |
| . | . |
| . | . |
| . | . |
| . | . |
| . | . |
| . | . |
| VOTRE ENFANT A-T-IL/ELLE DÉJÀ REÇU UNE TRANSFUSION SANGUINE? | . |

|  |
| --- |
| **INDIQUEZ TOUS LES MÉDICAMENTS DE PRESCRIPTION, SUPPLÉMENTS, INHALATEURS, UTILISÉS ACTUELLEMENT**  |
| **Nom du médicament ou supplément***(composition et marque)* | **Puissance et fréquence***(ex. mg/pilule & nombre de pilule/jour)* | **Raison**  | **résultat** |
| . | . | . | . |
| . | . | . | . |
| . | . | . | . |
| . | . | . | . |
| . | . | . | . |
| **ANTÉCÉDANTS FAMILIAUX** |
|  | **Âge** | **Problème de santé grave ou âge de décès**  | **Frères/Soeurs** | **Âge** | **Problème de santé grave ou âge de décès** |
| **Mère** | . | . | . | . | . |
| **Père** | . | . | . | . | . |
| **G-mère *Maternelle*** | . | . | . | . | . |
| **G-père *Maternel*** | . | . | . | . | . |
| **G-mère *Paternelle*** | . | . | **Oncle/Tante** | . | . |
| **G-père *Paternel*** | . | . | **Oncle/Tante** | . | . |
| **Oncle/Tante** | . | . | **Oncle/Tante** | . | . |
| **Oncle/Tante** | . | . | **Oncle/Tante** | . | . |
| **QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR ENFANT– Page 3***Toutes les informations recueillies sont strictement confidentielles* |
| SYMPTÔMES ACTUELS OU PASSÉS *(Choisissez Sévérité : Sévère, Moyen, Faible ou Dans le Passé)* |
| . | Erythème fessiers | . | Saignements faciles | . | Pleure facilement |
| . | Eczéma | . | Saignements du nez  | . | Troubles du Sommeil |
| . | Diarrhée | . | Vomissements frequents | . | Transpirations nocturnes |
| . | Constipation | . | Douleurs au ventre | . | Perte de cheveux |
| . | Croûtes de lait | . | fatigue | . | Vertiges |
| . | Caries dentaires | . | Brulûres urinaires | . | Perte de l’audition |
| . | Peurs inhabituelles | . | Urination fréquente | . | Toux |
| . | Transpiration | . | Énurésie (pipi au lit) | . | Changement dans l’appétit |
| . | Soif | . | Sang dans les urines | . | Mal dU transport |
| . | Écoulements | . | Douleurs à la gorge | . | Odeur Corporelle/buccale |
| . | Douleurs de croissance | . | Respiration sifflante | . | Nervosité |
| HISTORIQUE PRÉNATAL DE LA MÈRE *(Difficultés et/ou toxicités subis par la mère durant sa grossesse)* |
| . | Traumatisme émotionnel | . | Nausées/vomissements | . | Diabète |
| . | Traumatisme physique | . | Pression artérielle élevée | . | Troubles de la thyroïde |
| . | Cigarettes | . | Herpes Simplex (VSH) | . | Supplément(s) |
| . | Alcool | . | Toxémie | . | Médicaments(s) |
| . | Drogues récréationnelles | . | Saignement | . | Autres maladie ou troubles |
| Lieu de naissance de la mère | . |
| Avez-vous voyagez durant votre grossesse? Où? | . |
| Avez-vous travaillez durant votre grossesse | . |
| Status civil des parents et stabilité du foyer | . |
| Âge des parents au moment de la conception  | Père : . Mère: . |
| Santé des parents au moment de la conception | Père : . Mère : .  |
| Exposition du père au tabac, alcool, drogues…. | . |
| **Historique de Naissance** |
| Naissance prématuré/à terme/retardée? | . |
| Poids/taille à la naissance | . |
| Naissance à l’hôpital ou à la maison | . |
| Interventions pratiquées : *anti-douleur, épidurale, forceps, ventouse, pitocin, …* | . |
| Durée du travail de l’accouchement  | . |
| Statut émotionnel de la mère post-partum (dépression, etc.) | . |
| Incidents post-partum : détresse respiratoire, allaitement,…) | . |
|  |
| **QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR ENFANT– Page 4**Toutes les informations recueillis sont strictement confidentielles |
| **Historique Néonatal** |
| . | Malformations congénitales | . | Anémie |
| . | Traumatismes à la naissance | . | Infection(s) |
| . | Jaunisse | . | Éruptions cutanées |
| . | Détresse respiratoire | . | Colique |
| . | Prise de poids, allaitement difficile, mange peu | . | Syncopes |
| HISTORIQUE D’ALIMENTATION |
| Allaitement, oui ou non et combien de temps | . |
| Lait Maternisé utilisé: quel formule et à quel âge? | . |
| Introduction des aliments solides à quel àge: | . |
| Premier aliment introduit: | . |
| Introduction du lait de vache à quel âge? | . |
| Liste des aliments exclus du régime alimentaire de l’enfant: | . |
| Mangeur (euse) difficile? | . |
| **HABITUDES DE SOMMEIL** |
| Durant première année de vie | . |
| À présent | . |
| Sieste? | . |
| Troubles pour s’endormir ou pour rester réveillé | . |
| Énurésie (pipi au lit)? | . |
| Indiquez heures du coucher et du levé | . |
| **Historique comportemental et émotionnel** |
| À l’école, performance, anxiété, anxiété de séparation | . |
| À la maison | . |
| Relation avec les autres frères et sœurs et les amis | . |
| Apprentissage de la propreté (utiliser la toilette) | . |
| Intérêts et activités  | . |
| Fréquence d’exercice physique par semaine | . |
| Peurs | . |
| Voyage à l’extérieur du Canada? Où? |  |
| À quel âge votre enfant a-t-il pu: S’assoir Seul(e) : . , Marcher : . , Parler . , Se Retourner : . , Première Dent : . |
| Autres commentaires ou informations supplémentaires pertinente au dossier: . |
| . |
| . |
| . |
| **QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR ENFANT– Page 5**Toutes les informations recueillis sont strictement confidentielles |
|  **JOURNAL ALIMENTAIRE** |
| * Veuillez imprimer et compléter ce tableau durant 5 jours consécutifs et le ramener avec vous au premier rendez-vous
* Écrire tout ce que votre enfant consomme (nourritures, eau, goûters, jus, confiseries …)
* Indiquez tous les ingrédients dans les aliments préparés (ex. genre de pain, assaisonnements, épices, …)
* Assurez-vous de donner le maximum d’informations et détails possibles
 |
| **Date** | **Petit Déjeuner** | **Dîner** | **Souper** | **Goûters et Boissons** | **Troubles digestifs, urinaires, de la peau ou autres observés** | **Énergie, humeur****et comportement****Général observé** |
| **Jour 1**. | . | . | . | . | . | . |
| **Jour 2**. | . | . | . | . | . | . |
| **Jour 3**. | . | . | . | . | . | . |
| **Jour 4**. | . | . | . | . | . | . |
| **Jour 5**. | . | . | . | . | . | . |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS IMPORTANTES ET DÉSISTEMENT** |
| *Veuillez lire attentivement les termes et conditions d’utilisation et cochez la case ‘’j’accepte’’ à la fin pour indiquer votre consentement* |
| Les informations et conseils obtenus par le naturopathe (Ruby Maalouf) ou par son site web ne devront pas être interprétés comme étant |
| un diagnostic ou un conseil médical, une cure ou un traitement ni un moyen de prévenir aucune maladie. Toutes informations et conseils |
| obtenus ne sont pas prévus ni supposés être un substituts à un avis médical et toutes personnes est encouragées à toujours demander l’avis |
| de son médecin avant de commencer tout nouveau traitement pour une condition ou une maladie. Vous êtes aussi priez de ne jamais retarder |
| une consultation ou arrêter la prise de médicaments de prescription suite à des informations obtenus par nous. |
| **DÉSISTEMENT** |
| Je reconnais aussi que je, |  . | Suis le/la gardien(ne) légale de |  . |
| que je comprends que tous les conseils, plans d’alimentation et suppléments suggérés sont des outils pour améliorer la physiologie et/ou  |
| biochimie corporelle et non pas pour guérir aucune maladie et qu’aucun diagnostic ne sera posé. |
| Je certifie que j’ai plus de 18 ans et que l’ai lu, compris et consenti aux termes et conditions d’utilisation décrits ci-haut | **J’accepte** . |