|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | 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** . |