

Date d'ouverture du dossier _____
AA/MM/JJ

Dossier # _____

HISTORIQUE DE SANTÉ Enfant 0 – 5 ans

Nom : _____

Date de naissance _____
AA/MM/JJ

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

Statut civil des parents : _____

Enfant élevé par un parent (monoparental) : Oui Non

Motifs de la consultation et ordres de priorités :

Description du problème	Niveau	Traitement	Résultat
Ex. : Écoulement nasal	Modéré	Diète éliminatoire	Modéré

Grossesse :

Veuillez détailler comment s'est déroulé la grossesse de votre enfant :

Qui a fait votre suivi de grossesse ? Sage-femme ____ Médecin généraliste ____ Gynécologue ____

Rang dans la famille et nombre de frère et sœur : _____

Allergies : _____

Intolérances alimentaires : _____

Accouchement :

Vaginal : _____ Césarienne : _____

Date prévue de l'accouchement : _____

Lieu de naissance : _____

APGAR à la naissance : _____ et par la suite : _____

Groupe sanguin : _____

Interventions médicales reçues à la naissance :

Allaitement :

Avez-vous allaité votre enfant? Oui Non

Si oui, combien de temps exclusivement ? _____ Partiellement? _____

Si non, quel lait lui avez-vous donné ? _____

Y a-t-il eu à changer de formule ? Oui Non Si oui pourquoi ?

Problèmes et/ou observations particulières :

Bébé : _____

Maman : _____

Sevrage progressif? _____ brusque? _____ Naturel? _____

Durée de l'allaitement en tout? _____

Allaitements antérieurs :

Nombre d'enfants allaités : _____ Durée moyenne : _____

Vaccinations :

DCT-HepB-P-Hib	Pneumocoque	Rotavirus	Méningocoque C	RROV	DCTP	Hépatite B

Autres : _____

A-t-il réagit à certains vaccins ? Si oui, comment ? _____

Maladies infantiles :

Hospitalisations passées : _____

Interventions chirurgicales subies : _____

Accidents : _____

Chutes : _____

Chocs, traumatismes : _____

Date de la dernière visite médicale : _____

Raisons : _____

Analyses médicales : _____

Suivis par d'autres thérapeutes :

Nom du professionnel :	Approche :	Raisons :

Médicaments :

Quels sont les médicaments sous ordonnance et en vente libre que votre enfant consomme présentement?

Noms des médicaments	Depuis quand	Posologie	Raison

Noms des médicaments	Depuis quand	Posologie	Raison

Suppléments :

Décrivez les vitamines, minéraux et suppléments nutritionnels que votre enfant consomme présentement :

Noms (vitamines, minéraux, suppléments, plantes)	Marque	Depuis quand	Posologie

Antibiotiques et corticoïdes

À combien de reprises votre enfant a-t-il été traité à l'aide d'antibiotiques? _____

	Nombres de prises à vie		N/A	Raisons
Enfance				

À combien de reprises votre enfant a-t-il été traité à l'aide des stéroïdes avec ou sans ordonnance? (voie orale, cutanée, par injection, inhalation (asthme))

	Moins de 5 fois	Plus de 5 fois	N/A	Raisons
Enfance				

Antécédents familiaux :

Troubles de santé	Grand-parents (maternel et paternel)	Mère	Père	Frères et sœurs

Poussées dentaires : _____

Environnement :

Êtes-vous hypersensible ou allergique à un produit ménager ou de soins corporels?

Êtes-vous incommodité par certaines odeurs?

Si oui, à quoi : _____

Soins corporels :

Utilisez-vous des produits des soins corporels naturels à la maison?

Oui Non

Produits d'entretien ménager utilisés :

Utilisez-vous des produits d'entretien ménager naturels à la maison?

Oui Non

Santé dentaire :

Amalgames dentaires : Oui Non À quel âge les a-t-il reçu? _____

Si oui, couleur et quantité : Blanc : _____ Nombre : Gris : _____ Nombre : _____

A-t-il reçu un traitement au fluor chez le dentiste ? Oui Non

Maison : produits chimiques : Oui Non

Si oui, lesquels : _____

Champs électromagnétiques extérieurs : Oui Non

Si oui, spécifiez (tour de cellulaire, transformateur, ligne électriques haute tension) : _____

Appareils sans-fils (Wi-Fi et/ou téléphones, *Babyphone*, télé) à la maison ? : Oui Non

Si oui, spécifiez : _____

Nombre d'heure quotidienne devant l'ordinateur et le téléviseur : _____

Produits agricoles (engrais chimiques, pesticides, insecticides) : Oui Non Si oui, spécifiez : _____

Produits industriels (poussière, peinture, vernis, craie, etc...) : Oui Non Si oui, spécifiez : _____

Moisissure : Oui Non Si oui, spécifiez : _____

Milieu de vie :

Où habitez-vous ? (Ville, banlieue, campagne, forêt/montagne) : _____

À quelle fréquence votre enfant fréquente t'il des espaces verts ? _____

Combien de temps par jour passe t'il à l'extérieur? _____

Votre enfant a-t-il des allergies environnementales? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Votre enfant est-il en contact avec des animaux domestiques ou de ferme? Oui Non

Si oui, où vivent-ils? Intérieur Extérieur Les deux

Alimentation :

Alimentation maman (rages alimentaires):

Régularité de la prise des repas : _____

Introduction des solides:

	Fruits et légumes	Germinations	Beurre de noix	Produits clés	Céréales	Protéines
Age						
Réactions						

Préférences alimentaires : _____

Habitudes alimentaires : _____

Digestion : _____

Selles (qualité, quantité, forme, fréquence) :

Journal alimentaire sur 14 jours : (à annexer en pièce-jointe)

Sommeil :

Qualité : _____ Heure du coucher : _____

Réveils nocturnes : _____ Heure du lever : _____

Siestes AM : _____ PM : _____

Énergie au courant de la journée : _____

Siestes AM : _____ PM : _____

Activités :

Activités préférées : _____

Période de relaxation : _____

Qualité de vie:

Familiale : _____

Garderie : _____