



## FICHE ENFANT

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ ( M ) ( F ) Date : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Nom du père : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : \_\_\_\_\_ Téléphone parent au travail : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

Responsable des paiements : \_\_\_\_\_

Référé par : \_\_\_\_\_

**Raison de la consultation :** \_\_\_\_\_

### I. HISTOIRE DE SANTÉ

Poids à la naissance : \_\_\_\_\_ Grandeur à la naissance : \_\_\_\_\_

Type de naissance : Voie naturelle  Césarienne  Siège  Forceps  Ventouse   
À terme  Avant terme  Après terme  Provoqué

Problème lors du travail ou de l'accouchement : \_\_\_\_\_

Problème pendant la grossesse : \_\_\_\_\_

Présence à la naissance de : Jaunisse  Cyanose (bébé bleu)  Score APGAR \_\_\_\_\_

Anomalie de naissance (congénitale) : \_\_\_\_\_

Enfant nourri par : Allaitement  Jusqu'à \_\_\_\_\_ mois  
Formule maternisée  Laquelle \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ mois à \_\_\_\_\_ mois

Nombre d'heures de sommeil par nuit : \_\_\_\_\_ Qualité du sommeil : bon  moyen  pauvre

Position de sommeil : côté  dos  ventre

Pédiatre (nom et ville) : \_\_\_\_\_

Dernière visite : \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_

Vaccins : \_\_\_\_\_

Maladies depuis la naissance : \_\_\_\_\_

Maladies dans la famille : \_\_\_\_\_

Chirurgie : \_\_\_\_\_

Accident/chute : \_\_\_\_\_

Médicaments : \_\_\_\_\_

\* Compléter aussi le verso. Merci.

## **II. DÉCRIVEZ LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT :**

(rhume, otites, respiration difficile, agité, pipi au lit, allergie, constipation, fracture, etc. ....)

---

---

---

---

---

---

---

## **III. CONSENTEMENT AU TRAITEMENT D'UN MINEUR**

J'autorise le chiropraticien à examiner mon enfant, à me donner le compte-rendu de l'examen et à lui prodiguer des soins chiropratiques s'il en a besoin.

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE DE TRIAGE COVID-19 – Enfants de 0 à 5 ans

	Questions	Oui	Non
1	Est-ce que votre enfant est actuellement en isolement pour un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 ?		
2	Est-ce que votre enfant a reçu une recommandation de passer un test de dépistage ou êtes-vous en attente du résultat ?		
3	Est-ce que votre enfant a reçu la consigne de se placer en isolement préventif ?		
4	Est-ce que votre enfant présente un ou les symptômes suivants :		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre (température rectale de 38.5°C (101.3°F) et plus) ?</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes respiratoires : toux (nouvelle ou aggravée), essoufflement, difficulté à respirer</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mal de gorge ET fièvre (température rectale de 38.1°C (100.6°F) et plus)</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs abdominales OU vomissement OU diarrhée ET fièvre (température rectale de 38.1°C (100.6°F) et plus)</li> </ul>		

**Toute personne qui répond oui à une seule des questions 1, 2 ou 3 ou qui répond oui à un des symptômes ou des groupes de symptômes de la question 4 ne peut être reçue à la clinique. Elle doit se faire offrir une téléconsultation ou être dirigée vers le professionnel le plus approprié en fonction de sa condition.**