



## 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 : \_\_\_\_\_