



## Fiche de renseignements

Le contenu de la fiche de renseignement est **strictement confidentiel**. Il est important que les informations fournies sur votre état de santé soient **complètes** et **exactes**.

Prénom : .....	Nom : .....
Date de naissance : __/__/____	Sexe de l'enfant :
Prénom et nom de la mère : .....	Portable : _____
Prénom et nom du père : .....	Portable : _____
Adresse : .....	
.....	
Médecin traitant ou pédiatre :	
Comment avez-vous connu le cabinet chiropratique?	
<input type="checkbox"/> Une connaissance, un ami, la famille. Nom : .....	
<input type="checkbox"/> Un autre professionnel de la santé : .....	
<input type="checkbox"/> Un site internet :	
<input type="checkbox"/> Pages Jaunes <input type="checkbox"/> Journal	

### Naissance et accouchement

Poids à la naissance:	Poids actuel:
Taille à la naissance:	Taille actuelle :
Difficultés durant la grossesse ?	
Accouchement: <input type="checkbox"/> voix basse <input type="checkbox"/> forceps <input type="checkbox"/> siège <input type="checkbox"/> césarienne	
<input type="checkbox"/> Prématuré <input type="checkbox"/> A terme <input type="checkbox"/> déclenché	
Durée de l'accouchement:	Valeur de l'APGAR :
À la naissance, y avait-il: <input type="checkbox"/> jaunisse <input type="checkbox"/> cyanose (bleu) <input type="checkbox"/> anomalies congénitales:	
Allaitement: <input type="checkbox"/> sein: durée: <input type="checkbox"/> biberon: type de lait:	
Sommeil:      heures par nuit	
Son sommeil est <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> Agité	

### Antécédents médicaux

Prend-il un traitement au long cours ?: .....
.....
Des chutes importantes/ Des accidents de la route : .....
.....
<b>Opérations</b>
<input type="checkbox"/> Appendicite <input type="checkbox"/> Amygdales <input type="checkbox"/> Kyste (quel type)
<input type="checkbox"/> Arthroscopie :
<input type="checkbox"/> Autres opérations : .....
.....



**Appareil musculo-squelettique :**

- Entorses :
- Tendinite :
- Fracture :
- Luxation :
- Scoliose    Torticolis
- Autre :

**Système nerveux**

- Vertiges    Perte de mémoire    Paralysie    Migraines    Perte de connaissance
- Acouphènes
- Epilepsie
- Autre :

**Système cardio-vasculaire :**

- Hyper tension    Hypotension
- Valvulopathie    Endocardite    Cardiomyopathie
- Autre :

**Système pulmonaire :**

- Asthme    Emphysème    Pneumothorax
- Tuberculose    Pneumonie
- Autre :

**Système digestif :**

- Nausées    Vomissement    Reflux gastro-œsophagien    Hernie hiatale    brûlure d'estomac
- Diarrhée    constipation    Ballonnement
- Autre :

**Système urinaire**

- Infections urinaires    Calcul rénal    Néphropathie
- Autre :

**Système ORL**

- Otite    Rhinite    Angine    Sinusite    Pharyngite

**Système endocrinien :**

- Diabète    Thyroïde    Carence en fer    Carence vitaminique
- Autre :

**Allergies :**

.....  
.....

**Dermatologie :**

- Urticaire    Eczéma    Psoriasis

**Autre (psy, dentaire, vue, vaccins ) :** .....