



Formulaire enfant 5-14 ans

Informations personnelles :

Nom complet de l'enfant : _____ Date de naissance : ____/____/____
Nom complet de la mère : _____ Sexe de l'enfant : M / F
Nom complet du père : _____ Nombre frère/sœur : _____
Adresse : _____ Ville, code postal : _____
Téléphone : _____ Cellulaire : _____
Téléphone bureau : _____
Référé par: Professionnel de la santé/ Famille/ Internet/ Collègue de travail (nom : _____)

Historique de santé :

Maladie(s) connue(s) : _____

Médication : _____

Historique de chirurgie/hospitalisation/accident/blessure/chute :

Antécédents (Père) : _____
Antécédents (Mère) : _____
Sommeil : ___h/nuit; Position de sommeil : _____
Médecin/pédiatre de l'enfant : _____
Date dernière visite et la raison : _____

Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de :

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Douleur de croissance |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Colique | <input type="checkbox"/> Énurésie (pipi au lit) |
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Trouble sommeil | <input type="checkbox"/> Hyperactivité |
| <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Trouble respiratoire | <input type="checkbox"/> Trouble cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Entorse | <input type="checkbox"/> Douleur au cou ou dos |

Motif de consultation :

Raison de la présente consultation en ordre d'importance:

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exacte et je consens aux examens nécessaires de mon enfant.

Signature du parent ou tuteur : _____ date : _____