



## DÉVELOPPEMENT DURANT GROSSESSE

1. NOMBRE DE SEMAINES DE GESTATION : \_\_\_\_\_ semaines
2. LA MÈRE A-T-ELLE SOUFFERT DE :  
 Diabète grossesse  Pré-éclampsie  Éclampsie
3. LA MÈRE A-T-ELLE ÉTÉ SUIVI PAR :  Sage-femme  Médecin
4. A-T-ELLE EU DES DIFFICULTÉS DURANT LA GROSSESSE?  
 Non  Oui, (précisez) \_\_\_\_\_

## NAISSANCE ET ACCOUCHEMENT

1. LIEU :  Domicile  Maison de naissance  Hôpital
2. QUELLE ÉTAIT LA PRÉSENTATION DU BÉBÉ?  
 Tête  Visage  Siège  Autre : \_\_\_\_\_
3. COMBIEN DE TEMPS A DURÉ LE TRAVAIL? \_\_\_\_\_ HEURE(S)
4. COMBIEN DE TEMPS A DURÉ LA POUSSÉE? \_\_\_\_\_
5. A-T-ON EU RECOURS À :  Péridurale?  Césarienne?
6. EST-CE QUE LA TÊTE A ÉTÉ TIRÉE?  Non  
Si oui :  Forceps  Ventouses  Extraction manuelle
7. DIFFICULTÉ DURANT L'ACCOUCHEMENT?  Non  Oui, \_\_\_\_\_
8. MÉDICATION UTILISÉE DURANT LE TRAVAIL/ACCOUCHEMENT?  
 Non  Oui, précisez \_\_\_\_\_
9. COMPLICATION À LA NAISSANCE? \_\_\_\_\_
10. APGAR À LA NAISSANCE? \_\_\_\_\_
11. APGAR 5 MIN. APRÈS LA NAISSANCE? \_\_\_\_\_
12. POIDS À LA NAISSANCE : \_\_\_\_\_ GRANDEUR : \_\_\_\_\_
13. CONDITION DE L'ENFANT À LA NAISSANCE?  
 Jaunisse  Fracture  Autre : \_\_\_\_\_
14. EST-CE QUE L'ENFANT ÉTAIT ALERTE ET RÉACTIF DANS LES 12 HEURES SUIVANT LA NAISSANCE?  Oui  Non
13. L'ENFANT PORTAIT-IL DES MARQUES DE TRAUMA?  Non  Oui

## CROISSANCE ET DÉVELOPPEMENT

1. DIFFICULTÉ DURANT L'ALLAITEMENT OU BIBERON?  
 Non  Oui, (précisez) \_\_\_\_\_
2. SON SOMMEIL EST :  Bon  Moyen  Agité
3. DODO : \_\_\_\_\_ heures/nuit SIESTES : \_\_\_\_\_ heures/jour
4. À QUEL ÂGE L'ENFANT A-T-IL COMMENCÉ À :  
Vocaliser : \_\_\_\_\_ Percer ses dents : \_\_\_\_\_  
S'asseoir seul : \_\_\_\_\_ Tenir sa tête : \_\_\_\_\_  
Marcher à 4 pattes : \_\_\_\_\_ Marcher : \_\_\_\_\_

## ENVIRONNEMENT BIO-CHIMIQUES

1. L'ENFANT A-T-IL ÉTÉ ALLAITÉ?  
 Non  Oui, combien de temps \_\_\_\_\_
2. FORMULE INTRODUITE À QUEL ÂGE? \_\_\_\_\_
3. TYPE DE FORMULE : \_\_\_\_\_
4. L'ENFANT BOIT-IL DU LAIT DE VACHE?  Non  Oui
5. À QUEL ÂGE A-T-IL COMMENCÉ LES SOLIDES? \_\_\_\_\_
6. QUEL A ÉTÉ LE PREMIER ALIMENT INTRODUIT? \_\_\_\_\_
7. L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES?  Non  Oui
8. DURANT LA GROSSESSE LA MÈRE A-T-ELLE :  
FUMÉ?  Non  Oui BU DE L'ALCOOL?  Non  Oui  
EU DES TRAUMATISMES (chutes, accidents)?  Non  Oui  
EU DES MALADIES?  Non  Oui \_\_\_\_\_  
PRIS DES SUPPLÉMENTS?  Non  Oui, \_\_\_\_\_  
PRIS DES MÉDICAMENTS/ DROGUES?  Non  Oui, \_\_\_\_\_  
EU DES ÉCHOGRAPHIES?  Non  Oui, combien? \_\_\_\_\_  
EU DES PROCÉDURES INVASIVES (ex : amniocentèse)?  
 Non  Oui, \_\_\_\_\_
9. Y A-T-IL À LA MAISON?  Des fumeurs  Des animaux
10. L'ENFANT A-T-IL ÉTÉ VACCINÉ?  Non  Oui
11. A-T-IL EU DES RÉACTIONS AU VACCIN?  Non  Oui
12. L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ CONSOMMÉ DES ANTIBIOTIQUES?  
 Non  Oui, combien? \_\_\_\_\_ pourquoi? \_\_\_\_\_
13. L'ENFANT PREND-T-IL UNE MÉDICATION?  Non  Oui
14. L'ENFANT A-T-IL EU UNE CHIRURGIE?  Non  Oui
15. L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ ÉTÉ TRAITÉ D'URGENCE?  
 Non  Oui (précisez), \_\_\_\_\_

## TRAUMATISMES PHYSIQUES

1. L'ENFANT A-T-IL ÉTÉ IMPLIQUÉ DANS UN ACCIDENT D'AUTO EN TANT QUE PASSAGER?  Non  Oui, \_\_\_\_\_
2. L'ENFANT A-T-IL SUBIT UNE CHUTE (table langer, lit, divan)?  
 Non  Oui (précisez) \_\_\_\_\_
3. SPORTS/ACTIVITÉS DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_ Heures/sem.  
Types : \_\_\_\_\_

IL EST POSSIBLE QUE CERTAINS PATIENTS RESSENTENT DES COURBATURES OU UNE LÈGÈRE AGGRAVATION DES SYMPTÔMES SUITE À L'EXAMEN. CES SYMPTÔMES SONT GÉNÉRALEMENT DE COURTE DURÉE, MAIS IL EST IMPORTANT DE LES MENTIONNER AU CHIROPATICIEN À LA PROCHAINE VISITE.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_