Clinique Chiropratique Saguenay
727, Bd Barrette
Chicoutimi (Québec) G7J 4C4

Téléphone : (418) 698-1367
www.chirosaguenay.ca

Questionnaire et formulaire pédiatrique

Nom	**Nom du Père**
Prénom	**Prénom du Père**
Adresse	**Nom de la mère**
Ville	**Prénom de la mère**
Code Postal	**Tél. résidence**
Naissance (J/M/A)	**Tél. bureau (père)**
Carte Ass. Maladie	**Tél. bureau (mère)**
Comment avez-vous choisi notre clinique ? (Cochez)	☐ **Pages Jaunes** ☐ **Publicité** ☐ **Emplacement** ☐ **Référence (S.V.P. Inscrire le nom) :**
Motif de la consultation :	
Poids à la naissance :	**Grandeur à la naissance**
Poids actuel	**Grandeur actuelle**
Difficultés pendant la grossesse ?	
Difficultés durant l'accouchement ?	
Difficultés après l'accouchement ?	
Accouchement	☐**Vaginal normal** ☐ **Forceps** ☐ **Siège**
	☐**Césarienne** ☐**Épidurale** ☐**À la maison**
	☐**À l'hôpital**
Durée de l'accouchement	
À la naissance, y avait-il présence	☐ **Cyanose** ☐ **Jaunisse** ☐ **Anomalie congénitale**
Allaitement ☐**Seins/Durée :** ☐ **Biberon Durée** ☐ **Type de lait :**	
Nourriture ☐**Céréales** ☐ **Légumes** ☐ **Viandes**	
Sommeil **Heures/ Nuit**	
Dernière visite chez le pédiatre/ Date	**Raison :**

Vaccination

(Entre 2 et 23 mois)

☐ **RRO (rougeole, rubéole, oreillons)**

☐ **DCaT-Polio-Hib (Influenza, diphtérie, coqueluche, tétanos, Poliomyélite)**

☐ **Pneumocoque** ☐ **Varicelle** ☐**Méningocoque**

(Entre 4 et 16 ans)

☐ **DCaT-Polio-Hib (Influenza, diphtérie, coqueluche, tétanos, Poliomyélite)** ☐ **Hépatite B**

Maladies infantiles : _____

_____

Je déclare avoir répondu au meilleur de mes connaissances au questionnaire et j'informerai le praticien de tout changement qui pourrait survenir.
Je me reconnais personnellement responsable envers le professionnel de tout solde impayé et des frais qui pourraient en résulter.
Date (j/m/a) : **Signature du tuteur :**