# RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ENFANTS

Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Date de naissance (année-mois-jour): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (maison) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d’urgence (nom, téléphone et lien avec cette personne): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qui vous a référé? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quels professionnels de la santé consultez-vous régulièrement pour votre enfant? :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quels sont les soucis de santé actuels de votre enfant, par ordre d’importance? :

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Est-ce qu’il y a présence d’allergies (alimentaires, médicales, environnementales, etc.)? Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Quels médicaments et suppléments alimentaires prend-il en ce moment?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Médicament ou supplément naturel**  (préciser la marque) | **posologie** | **Depuis quand?** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

De quelles maladies ou blessures as-t-il souffert par le passé? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Combien de fois a-t-il été soigné(e) aux antibiotiques jusqu’à présent? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Est-il exposé à la fumée secondaire? Oui Non

Suivez-vous un régime alimentaire restrictif à la maison(par exemple, végétarien ou religieux) ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quel(s) sport(s) ou exercices pratique-t-il ?

# ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

## Général

* Poids :
* Taille :
* Poids maximal (quand?) :
* Poids minimal (quand?) :

**Quels vaccins a-t-il reçus depuis sa naissance?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞎 DPT (diphtérie, coqueluche, tétanos) | 🞎 Haemophilus influenzae B | 🞎 Hépatite A |
| 🞎 Vaccin antitétanique | 🞎 Grippe | 🞎 Hépatite B |
| 🞎 MMR (oreillons, rubéole, rougeole) | 🞎 Polio | 🞎 Varicelle |

Autre :

Avez-vous réagi à l’un de ces vaccins?

Antécédents familiaux

Un membre de votre famille a-t-il déjà souffert de l’une des maladies suivantes? Qui?

|  |  |
| --- | --- |
| Allergies |  |
| **Asthme** |  |
| **Maladie cardiovasculaire** |  |
| **Tension artérielle élevée** |  |
| **Cancer** |  |
| **Diabète** |  |
| **Dépression** |  |
| **Autre maladie psychique** |  |
| **Toxicomanie ou alcoolisme** |  |
| **Maladie des reins** |  |
| **Autre** |  |

**🞎** Je ne connais pas mes antécédents familiaux

**Veuillez indiquer si vous souffrez actuellement ou si vous avez souffert des soucis de santé suivants :**

## Peau

* Éruptions cutanées
* Eczéma / urticaire
* Acné
* Démangeaisons
* Changement de couleur de la peau
* Sueurs nocturnes
* Peau sèche / moite
* Ongles cassants / doubles / striés

## Cou

* Masses / nodules
* Ganglions enflés

## Tête

* Migraines / maux de tête
* Blessure crânienne
* Vertiges

## Yeux

* Troubles de la vue
* Mal aux yeux
* Larmoiement / sécheresse des yeux
* Vue double / trouble
* Sensibilité à la lumière
* Picotements
* Rougeurs
* Sécrétion

## Oreilles

* Problèmes d’ouïe
* Maux d’oreilles
* Perte d’équilibre
* Écoulements
* Infections à répétition

## Sinus et cavité nasale

* Rhume à répétition
* Saignements de nez
* Nez fréquemment bouché
* Rhume des foins
* Sinusite

## Gorge et cavité buccale

* Maux de gorge à répétition
* Angine
* Langue / bouche douloureuse
* Problèmes de gencives
* Voix rauque
* Caries
* Perte du goût

## Poumons

* Toux fréquente ou prolongée
* Crachats de mucus / de sang
* Respiration sifflante
* Asthme
* Bronchite
* Pneumonie
* Pleurésie (inflammation de l’enveloppe des poumons)
* Emphysème
* Difficultés à respirer / douleurs associées à la respiration
* Manque de souffle (de jour / la nuit / allongé)
* Tuberculose

## Cœur et circulation sanguine

* Haute tension artérielle
* Souffle cardiaque
* Fièvre rhumatoïde
* Chevilles enflées
* Palpitations
* Cyanose (coloration bleue des extrémités ou du cœur)
* Froids aux mains ou aux pieds
* Perte de sensibilité au niveau des extrémités (membres engourdis)
* Anémie
* Bleus fréquents
* Transfusions sanguines

## Système digestif

* Difficultés à avaler
* Brûlures d’estomac
* Changement d’appétit / de soif
* Nausées / vomissements
* Vomissements de sang
* Jaunisse
* Calculs biliaires
* Ulcères
* Diarrhée
* constipation
* Saignements rectal
* Hémorroïdes
* Selles noires
* Douleurs abdominales
* Hernies

## Muscles et articulations

* Douleurs ou raideurs articulaires
* Arthrite
* Arthrose
* Fractures
* Spasmes ou crampes musculaires
* Faiblesse musculaire
* Articulations enflées
* Maux de dos

## Système urinaire

* Urines douloureuses
* Urines fréquentes (le jour / la nuit)
* Incapacité à retenir l’urine/ urgence
* Infections urinaires fréquentes
* Sang dans les urines
* Urgence pour uriner

## Système nerveux

* Perte de connaissance
* Épilepsie / convulsions
* Paralysie
* Picotement dans les extrémités
* Perte de mémoire
* Mouvements involontaires
* Troubles d’élocution
* Sautes d’humeur
* Anxiété / nervosité
* Tensions émotives
* Phobies
* Insomnie

## Appareil reproducteur féminin

* Saignements entre les règles
* Crampes menstruelles
* SPM
* Saignement excessif durant les règles
* Sécrétions vaginales
* Picotements vaginaux
* Âge des premières règles s’il y a :
* Date des dernières règles :
* Durée du cycle menstruel :
* Votre cycle est-il régulier?
* Durée du saignement menstruel :
* Date de votre dernier PAP :
* Êtes-vous sexuellement active?

JOURNAL ALIMENTAIRE (7 jours) NOM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez s.v.p inscrire ce que vous manger et buver durant une semaine

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** | **Samedi** | **Dimanche** |
| **M**  **A**  **T**  **I**  **N** |  |  |  |  |  |  |  |
| **M**  **I**  **D**  **I** |  |  |  |  |  |  |  |
| **S**  **O**  **I**  **R** |  |  |  |  |  |  |  |