

FORMULAIRE PÉDIATRIQUE

INFORMATIONS PERSONNELLES :

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Date de naissance : an ____ / ms ____ / jr ____

Nom de la mère : _____ Prénom : _____ Sexe de l'enfant : _____

Nom du père : _____ Prénom : _____ Nombre de frères : _____

Adresse : _____ Nombre de sœurs : _____

Code postal : _____ Rang de l'enfant : _____

Téléphone : Résidence _____ Travail (mère) _____ Travail (père) _____

Qui vous a recommandé à notre bureau? Ami Parent Pages jaunes Enseigne Publicité Autre

NAISSANCE ET ACCOUCHEMENT :

Poids à la naissance : _____ Poids présentement : _____

Grandeur à la naissance : _____ Grandeur présentement : _____

Difficultés durant la grossesse : _____

Accouchement : Vaginal normal Forceps Siège Césarienne
 À la maison À l'hôpital laquelle _____

Difficultés durant l'accouchement : _____

Durée de l'accouchement : _____

Valeur de l'APGAR : _____

À la naissance, y avait-il : Jaunisse Cyanose (bleu)
 Anomalies congénitales _____

Allaitement : Sein Durée _____ Biberon Type de lait _____

Sommeil : _____ heures par nuit ; son sommeil est bon moyen agité

Médecin/Pédiatre qui suit l'enfant : _____

Date de la dernière visite avec celui-ci _____ Raison _____

Est-ce qu'un diagnostic a été posé à votre enfant? _____

Historique de vaccination : _____

Maladies infantiles : _____

MOTIF DE CONSULTATION

Raison de la présente consultation :

Déclaration pour tous:

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

Signature du parent ou du tuteur: _____ Date: _____

EXAMEN PÉDIATRIQUE

Nom : _____ Prénom : _____ Dossier : _____ Date : _____

APPARENCE GÉNÉRALE :

SIGNES VITAUX :

Tension artérielle : Gauche _____ Droite _____

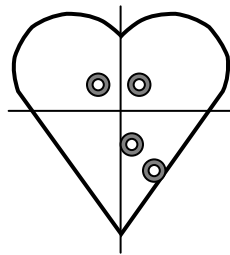
Pouls : Gauche _____ /min. Droite _____ /min.

Fréquence respiratoire : _____ /min.

Température : _____

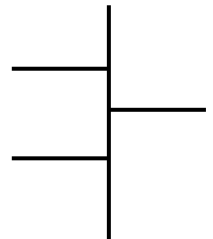
Poids : _____ Grandeur : _____

CŒUR :

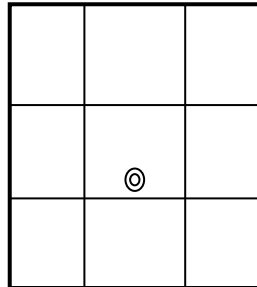


POUMONS :

Lobes pulmonaires



ABDOMEN :



YEUX :

OREILLES :

	Droite	Gauche
Rougeur		
Gonflement		
Rétraction		
Liquide		
Cire		
Cône de lumière		

MOBILITÉ GÉNÉRALE :

HANCHES :

	Droite	Gauche
Barlow :	_____	_____
Ortolani :	_____	_____

RÉFLEXES :

	Durée	Positif		Négatif	
Tétée	de 0 à 3-4 mois				
Agrippement	de 0 à 3-4 mois				
Marche	variable				
Galant	de 0 à 2 mois				
Tonique	de 2 à 6 mois				
Suspension verticale	de 0 à 4 mois				
Babinski	de 0 à 2 mois				
Reverse Fencer	de 0 à 6 mois	dr.	ga.	dr.	ga.
Oculo-auditif	variable				
Moro	de 0 à 3 mois				
Parachute	de 4 à ++				
Perez	de 0 à 3 mois				

++ signifie persistance

SUBLUXATIONS					Occ	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	
L1	L2	L3	L4	L5	S.I.				Coc			

Autres : _____