



Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ A / \_\_\_\_\_ M / \_\_\_\_\_ J # d'Ass Maladie : \_\_\_\_\_  
 Nom du Parent à contacter : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Tel maison : ( ) \_\_\_\_\_ Tel travail : ( ) \_\_\_\_\_ Cell : ( ) \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_

J'autorise la clinique à communiquer avec moi par courriel et texto : oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_  
 En ordre de priorité (1-2-3), j'aimerais qu'on confirme mes rendez-vous par : courriel \_\_\_\_\_ téléphone \_\_\_\_\_ texto \_\_\_\_\_  
 Médecin de famille : \_\_\_\_\_ Pratique à quel endroit : \_\_\_\_\_

Avez-vous eu une prescription de physiothérapie par un médecin ? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_  
 Nom du médecin (si différent du médecin de famille) : \_\_\_\_\_ Pratique à quel endroit \_\_\_\_\_  
 J'autorise la clinique à communiquer avec mon médecin : oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Comment avez-vous connu notre clinique ?  
 Mon médecin m'a référé       Un patient m'a référé       Je l'ai trouvé sur internet ( Google, Facebook, autre )  
 Soirées Physioactif       Je connais déjà le(a) physio       Je suis passé devant       Ancien patient  
 Nom de votre référence : \_\_\_\_\_

### HISTORIQUE DE SANTÉ DE L'ENFANT

Né à combien de semaines? : \_\_\_\_\_ Accouchement :  Vaginal       Césarienne  
 Utilisation ventouse? \_\_\_\_\_ forceps? \_\_\_\_\_ succion? \_\_\_\_\_  
 Complications avant/pendant/après la naissance : \_\_\_\_\_  
 Poids à la naissance : \_\_\_\_\_ SCORE APGAR (voir carnet de vaccination) \_\_\_\_\_ Grossesse # \_\_\_\_\_  
 Investigations (SCAN, rayon-x, IRM, tests sanguins) : \_\_\_\_\_  
 Autres suivis (orthophonie, ergothérapie, audiologie, ophtalmologie, ....) \_\_\_\_\_  
 Conditions de santé, allergies, historique de blessures et dates : \_\_\_\_\_

Étapes du développement :

ÉTAPE	ÂGE (mois)	ÉTAPE	ÂGE (mois)
Tenir la tête		4 pattes (tenir la position)	
Rouler		4 pattes (ramper)	
Tenir Assis(e)		Se lever debout au meuble	
S'asseoir seul(e)		Tenir debout seul(e)	
Ramper sur le ventre		Marcher	



Raison de consultation : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Inquiétudes dont vous voulez discuter : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qui a remarqué le problème de l'enfant? \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps ? \_\_\_\_\_

Avez-vous remarqué un ou plusieurs des signes suivants :

- rougeur/enflure/chaaleur     a arrêté de faire certaines activités/jeux qu'il/elle aime habituellement     régression de la motricité  
 chutes plus fréquentes     anxiété/irritabilité     changement dans la position assise     fatigue     boîterie

### Section Torticollis/Plagiocéphalie

Positionnement	TEMPS par jour	Commentaires
Sur son dos (tapis d'éveil/sommeil)		
Sur son côté		
Porte-bébé/tenu assis/bras des parents		
Balançoire/chaise/coquille de transport/siège d'auto		
Sur son ventre		

### Section Blessure Orthopédique/Douleur articulaire

Votre enfant pratique-t'il/elle une activité sportive ou de loisir : \_\_\_\_\_

Niveau : \_\_\_\_\_ Depuis combien de temps : \_\_\_\_\_ Heures/sem : \_\_\_\_\_

Quelles sont les autres activités qui semblent affectées par le problème :

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

Historique de blessures et/ou de chirurgies : \_\_\_\_\_

**Je déclare avoir lu le présent formulaire et l'avoir complété au meilleur de mes connaissances.**

Signature du parent : \_\_\_\_\_

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