

# 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 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Rang de l'enfant : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Téléphone : Résidence \_\_\_\_\_ Travail (mère) \_\_\_\_\_ Travail (père) \_\_\_\_\_

Oui 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: \_\_\_\_\_



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Dossier : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**APPARENCE GÉNÉRALE :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SIGNES VITAUX :**

Tension artérielle : Gauche \_\_\_\_\_ Droite \_\_\_\_\_

Pouls : Gauche \_\_\_\_\_ /min. Droite \_\_\_\_\_ /min.

Fréquence respiratoire : \_\_\_\_\_ /min.

Température : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Grandeur : \_\_\_\_\_

**CŒUR :**

\_\_\_\_\_

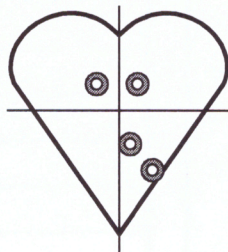
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**POUMONS :**

\_\_\_\_\_

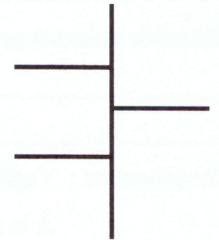
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lobes pulmonaires



**ABDOMEN :**

\_\_\_\_\_

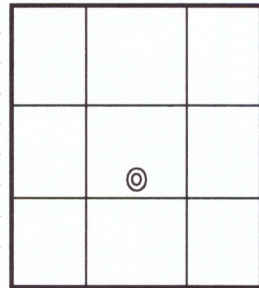
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**YEUX :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OREILLES :**

	Droite	Gauche
Rougeur		
Gonflement		
Rétraction		
Liquide		
Cire		
Cône de lumière		

**MOBILITÉ GÉNÉRALE :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HANCHES :**

Barlow : Droite \_\_\_\_\_ Gauche \_\_\_\_\_

Ortolani : Droite \_\_\_\_\_ Gauche \_\_\_\_\_

**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 :											