KARE

VOTRE SANTÉ. DIFFÉREMMENT.

Espace santé
351-A Blain
Mont-Saint-Hilaire Qc
J3H 3B4

FORMULAIRE PÉDIATRIQUE

INFORMATIONS PERSONNELLES:

Nom de l'enfant: _____ Date de naissance : _____

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

Nom du père: _____ Nombre de frères : _____

Adresse : _____ Nombres de sœurs : _____

_____ Rang de l'enfant :_____

Code postal : _____

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

NAISSANCE ET ACCOUCHEMENT:

Poids à la naissance: _____ Poids présentement : _____

Grandeur à la naissance : _____ Grandeur présentement : _____

Difficultés durant la grossesse : _____

_____

_____

Accouchement : Vaginal normal x Forceps x Siège x Césarienne x

A la maison x À L'hôpital x Laquelle_____

Difficultés durant l'accouchement : _____

Durée de l'accouchement : _____

Valeur de L'APARG : _____

À la naissance, y avait-il : Jaunisse x Cyanose (bleu) x

Anomalies congénitales x_____

Allaitement : Sein x Durée : _____ Biberon x Type de lait_____

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

Médecin/Pédiatre qui suit l'enfant : _____

Date de la visite avec celui-ci_____ Raison : _____

_____

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

_____

Historique de vaccination : _____

_____

Maladies infantiles : _____

_____

Autres : _____

_____

MOTIF DE CONSULTATION:

Raison de la présente consultation : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____