

FORMULAIRE PÉDIATRIQUE SUITE

Nom de l'enfant _____

Âge de l'enfant _____

Nombre total de grossesses (incluant les fausses couches) _____

Nombre de fausses couches _____

Poids pris pendant la grossesse _____

Naissance 1) à terme

2) en retard (indiquez le nombre de jours) _____

3) prématuré (indiquez le nombre de semaines ou de jours) _____

Accouchement provoqué (prostaglandine, ocytocine)..... non oui

Membranes rompues par un praticien..... non oui

Médicaments pendant l'accouchement..... non oui

Épidurale..... non oui

Position du bébé à la naissance _____

Position de la mère à la poussée _____

À quel âge la nourriture solide fut-elle introduite _____

Problèmes à nourrir le bébé..... non oui

si oui, spécifiez _____

Coliques..... non oui

Diarrhée..... non oui

Constipation..... non oui

Allergies..... non oui

Eczéma..... non oui

Opérations, hospitalisations..... non oui

si oui, spécifiez _____

Langage, nombre de mots (pour les plus jeunes) _____

À quel âge l'enfant a commencé à marcher _____

À quel âge l'enfant a commencé à ne plus porter de couches _____

Tempérament _____

S'est-il fait ou se fait-il garder..... non oui

si oui, depuis quel âge, combien d'heures par semaine, dans quel milieu

Activités _____

Troubles de santé _____

Maladie dans la famille (cancer, diabète, arthrite, autres) _____