

# QUESTIONNAIRE à remplir par les PARENTS - AVANT LA MARCHÉ

*Merci de remplir les informations ci-dessous à l'aide du carnet de santé de votre enfant*

Prénom : ..... Nom : .....  
Sexe : ..... Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone d'un parent : ..... Mail d'un parent : .....

Maladies héréditaires connues chez les parents : .....

Médicaments pris par la mère pendant la grossesse :  
.....

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Premier enfant                  | <input type="radio"/> Péridurale                      |
| <input type="radio"/> Présentation vertex             | <input type="radio"/> Ocytocine                       |
| <input type="radio"/> Présentation face               | <input type="radio"/> Forceps                         |
| <input type="radio"/> Présentation postérieure        | <input type="radio"/> Ventouse                        |
| <input type="radio"/> Présentation siège              | <input type="radio"/> Épisiotomie                     |
| <input type="radio"/> Voie basse                      | <input type="radio"/> Cuillères                       |
| <input type="radio"/> Césarienne prévue               | <input type="radio"/> Césarienne d'urgence            |
| <input type="radio"/> Fracture de la clavicule droite | <input type="radio"/> Fracture de la clavicule gauche |
| <input type="radio"/> Conception naturelle            | <input type="radio"/> Conception assistée             |
| <input type="radio"/> Alitement pendant la grossesse  |   |

Durée du travail :

- < 3h  
 4 à 10h  
 > 10h

Durée des poussées :

- < 1h  
 1 à 2h  
 > 2h

Score d'Apgar : .....

Taille à la naissance : .....

Poids à la naissance : .....

Taille actuelle : .....

Poids actuel : .....

- Allaitement mixte  
 Allaitement au sein  
 Biberon  
Quelle marque de lait : .....

**Traitements allopathiques** pris à la naissance ou dans les jours suivants :

Noms des médicaments : .....

Motif : .....

**Infection(s) et maladie(s) de l'enfant depuis sa naissance**

Nom(s) et date(s) :  
.....  
.....

**Traitement(s) allopathique(s)**

Nom(s) et date(s) :  
.....  
.....

## Vaccins

Nom(s) et date(s) :

.....  
.....  
.....  
.....

## Présence de réactions après vaccin

Si oui , merci de détailler : .....

.....

## Hospitalisations ( Merci d'indiquer le motif(s) et date(s) ) :

.....  
.....

## Présence de cicatrices chirurgicales ou percings (boucle d'oreille) :

.....

## Chutes ou traumatismes physiques

Lesquels et dates : .....

.....  
.....

A déjà consulté un chiropracteur

A déjà consulté un ostéopathe

Suce son pouce

A une tétine

Hoquets fréquents

Freinotomie

Antécédents familiaux d'ankyloglossie

## Torticolis

Tête tournée à droite

Résolu

Tête tournée à gauche

Non résolu

## Préfère un côté pour l'allaitement / le biberon

Porté dans le bras droit

Porté dans le bras gauche

## Reflux

Moins de 30 min après l'ingestion de nourriture

Plus de 30 min après l'ingestion de nourriture

## Coliques

Moins de 30 min après l'ingestion de nourriture

Plus de 30 min après l'ingestion de nourriture

## Position de sommeil

Sur le dos

Sur le ventre

Sur le coté

## Réveils nocturnes

Se réveille une fois

Se réveille entre une et trois fois

Se réveille plus de trois fois

## Selles

Plusieurs fois par jour

- Une fois par jour
- Une fois par semaine
  
- Se retourne facilement des deux côtés
- Tient assis seul
- Se déplace harmonieusement à quatre pattes
- Pleure souvent
- Sourit souvent
  
- Déformation crânienne
  - Depuis la naissance
  - Ne sait pas dater
  - Porte un casque

**Remplir la partie suivante si l'enfant a acquis la marche**  
**( sinon merci d'aller à la dernière page) :**

- A marché à 4 pattes plus de 3 mois
- N'a pas marché à 4 pattes
- Tombe souvent
- Marche avec les genoux en dedans
- A fait de l'orthodontie
- A fait de orthophonie
- Porte des semelles orthopédiques.

Si oui , nom du podologue : .....

- Pratique sportive
- Si oui, quelle(s) activité(s) : .....

- Se plaint de douleurs dans les jambes
  - Tous les jours
  - Une fois par semaine
  - Une fois par mois
- Se plaint de douleur de dos
  - Tous les jours
  - Une fois par semaine
  - Une fois par mois
- Se plaint de maux de tête
  - Tous les jours
  - Une fois par semaine
  - Une fois par mois
- Se plaint de douleurs d'épaule, de coude de poignet
  - Tous les jours
  - Une fois par semaine
  - Une fois par mois
- Se plaint de douleurs de hanche, de genoux, de cheville, de pied
  - Tous les jours
  - Une fois par semaine
  - Une fois par mois
- Se plaint de maux de ventre
  - Tous les jours
  - Une fois par semaine
  - Une fois par mois
- Porte des lunettes**
  - Strabisme
  - Myopie
  - Astigmatie
- Endormissement difficile**
- Réveils nocturnes**

- Tous les jours
- Une fois par semaine
- Une fois par mois

**Fait pipi au lit**

- Toutes les nuits
- Une fois par semaine
- Une fois par mois

**Allergies**

- Pollen
- Poussière
- Alimentaire
- Allergène inconnu
- Refuse de manger certains aliments . Si oui , notez quelques exemples :

**A l'école :**

- Difficulté de concentration
- N'écoute pas les consignes
- A des difficultés à réaliser les taches demandées à l'école

**Autres observations :** .....

.....

.....

***Merci d'avoir pris le temps de remplir ces informations !***

**Protection des données personnelles**

Votre chiropracteur est heureux de vous accueillir au sein du cabinet pour vous accompagner dans votre démarche vers la santé. Merci d'avoir rempli consciencieusement ce questionnaire de santé permettant à votre praticien de mieux connaître votre enfant.

Votre praticien est soumis au secret médical ; toutes les informations de ce dossier chiropratique sont strictement confidentielles.

Les informations personnelles portées sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Claire Grandtener, D.C. chiropracteur. Nous ne traiterons ou n'utiliserons ces données que dans la mesure où cela est nécessaire à la gestion du dossier de votre enfant.

Ces informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder un an, sauf si :

- Vous exercez votre droit de suppression des données vous concernant, dans les conditions décrites ci-après
- Une durée de conservation plus longue est autorisée ou imposée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire.

Pendant cette période, nous mettons en place tous moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés.

L'accès à aux données personnelles est strictement limité à vos praticiens . Nos sous-traitants, à savoir notre secrétariat à distance disposent seulement de votre nom, prénom, numéro de téléphone et mail. Les sous-traitants en question sont soumis à une obligation de confidentialité et ne peuvent utiliser vos données qu'en conformité avec nos dispositions contractuelles et la législation applicable. En dehors des cas énoncés ci-dessus, nous nous engageons à ne pas vendre, louer, céder ni donner accès à des tiers à vos données sans votre consentement préalable, à moins d'y être contraints en raison d'un motif légitime (obligation légale, lutte contre la fraude ou l'abus, exercice des droits de la

défense, etc.).

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant Claire Grandtener , D.C. chiropracteur au 03 26 86 60 50 .

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

**Consentement éclairé**

Par la présente, je déclare que toutes les informations fournies sur l' état de santé de mon enfant sont complètes et exactes . Je reconnais avoir pris connaissance du document d'information relatif au traitement chiropratique .

J'autorise le chiropracteur à réaliser un examen physique et les ajustements nécessaires sur mon enfant :.....

**Signature :**

**Date :.....**