



Questionnaire ENFANT (partie 1)

Le questionnaire initial, dûment rempli, fournit les informations nécessaires sur l'état de santé général et des fonctions corporelles de votre enfant, ce qui me permet de faire des recommandations personnalisées.

Nom, Prénom: _____	DDN/âge _____ / _____	Assigné garçon à la naissance <input type="checkbox"/> Assignée fille à la naissance <input type="checkbox"/>
Nom du parent / tuteur: _____	Date du dernier rendez-vous médical: _____ Raison: _____	

Motifs de consultation en naturopathie:

1.
2.
3.

Attentes envers la naturopathie:

Animaux? Si oui, spécifiez : _____

Âge(s) des frères et soeurs :

Diagnostics, allergies ou conditions médicales confirmées par un médecin (et leurs dates):

Nom du pédiatre : _____

Votre enfant ou votre famille ont-ils connu un changement tragique important ou une perte (décès, divorce, accident, etc.) ? Dates et détails :

Suppléments ou produits de santé naturels actuels ou fréquemment utilisés :

Nom/ marque	Depuis quand?	Dosage	Pourquoi?

Médicaments sur ordonnance et en vente libre fréquemment utilisés :

NOM	DEPUIS QUAND?	DOSAGE	RAISON

Antécédents médicaux (Veuillez énumérer aussi précisément que possible toutes les interventions chirurgicales, tous les diagnostics, toutes les hospitalisations majeures et toutes autres informations pertinentes).

Événement/intervention/diagnostic/accident	Année ou âge	Description/ details

Antécédents familiaux (au meilleur de vos connaissances) :

Problème de santé	Qui?

MALADIES DE L'ENFANCE	OUI/ NON	Date/ année / âge	Gravité (aiguë ou chronique/ fréquence annuelle) ou chronique/ fréquence annuelle) traitements et résultats
Varicelle	.	.	
Otite	.	.	
Grippes ou rhumes	.	.	
Rougeole / oreillons / rubéole	.	.	
Pneumonie	.	.	
Scarlatine	.	.	
Angine à streptocoques / amygdalite	.	.	
Autre:	.	.	

Allergies ou intolérances confirmées ou suspectées ? (médicaments, aliments, pollen...)

Allergène possible / confirmé	Depuis	Réaction survenue/symptômes
	.	
	.	
	.	

Signes et symptômes actuels et passés (commenter par oui, non, sévère, léger, occasionnel, passé, actuel, etc.)

·	Erythème fessiers	·	Saignements faciles
·	Eczéma	·	Saignements du nez
·	Diarrhée	·	Vomissements fréquents
·	Constipation	·	Douleurs au ventre
·	Croûtes de lait	·	fatigue
·	Caries dentaires	·	Brûlures urinaires
·	Peurs inhabituelles	·	Urination fréquente
·	Transpiration	·	Énurésie (pipi au lit)
·	Soif	·	Sang dans les urines
·	Écoulements	·	Douleurs à la gorge
·	Douleurs de croissance	·	Respiration sifflante

·	Pleure facilement
·	Troubles du Sommeil
·	Transpirations nocturnes
·	Perte de cheveux
·	Vertiges
·	Perte de l'audition
·	Toux
·	Changement dans l'appétit
·	Mal dU transport
·	Odeur Corporelle/buccale
·	Nervosité

Antécédents prénataux de la mère

·	Traumatisme émotionnel
·	Traumatisme physique
·	Cigarettes
·	Alcool
·	Drogues récréationnelles
·	Nausées/vomissements
·	Pression artérielle élevée
·	Herpes Simplex (VSH)
·	Toxémie
·	Saignement
·	Diabète
·	Troubles de la thyroïde

Antécédents néonataux			
Coliques	.	Anémie	
Crises d'épilepsie	.	Infection(s)	
Jaunisse	.	Éruptions cutanées	
Détresse respiratoire	.	Autres	
HISTORIQUE DE L'ALIMENTATION			
Allaitement, combien de temps, des problèmes ?			
Quel aliment a été introduit pour la première fois ?			
À quel âge le lait de vache a-t-il été introduit ?			
Indiquez les aliments exclus du régime alimentaire de l'enfant.			
Votre enfant est-il un mangeur sélectif?			

Votre enfant est-il exposé à la fumée secondaire ?

Votre enfant va-t-il à la selle tous les jours ? Veuillez préciser.

Habitudes de sommeil

Siestes? heures et durées	
Difficultés à s'endormir?	
Plpi au lit? Si oui, jusqu'à quel âge?	
Heure du coucher et du lever / nb. d'heures de sommeil	
Comportement et antécédents émotionnels	
A l'école ou à la maison : anxiété de performance ou de séparation	
Relations avec les amis, la famille, les frères et sœurs	
L'apprentissage de la propreté s'est fait à quel âge ?	
Intérêts et/ou activités qu'il pratique	
Combien de fois votre enfant fait-il de l'exercice par semaine ?	
Peurs/ obsessions/ tics	
Tout commentaire ou information supplémentaire que vous souhaiteriez partager : -----	

Accouchement	
Prématuré, accouchement à terme, ou tardif	
Poids/taille à la naissance	
Durée du travail :	
Incidents post-partum : (allaitement, détresse respiratoire, etc.)	

Quel(s) changement(s) permettrait(ent), selon vous, d'améliorer l'état de santé général de votre enfant ? Qu'avez-vous essayé?

L'approche naturopathique consiste à optimiser le bien-être par l'utilisation de méthodes naturelles qui stimulent la vitalité de l'individu.

Par cette approche complémentaire, j'accepte la responsabilité de l'impact de mes choix et de mes actions sur le bien-être de mon enfant.

Je _____ (parent ou tuteur si moins de 18 ans), comprends que la naturopathie ne remplace en aucun cas la médecine conventionnelle et qu'elle n'a pas pour but de diagnostiquer ou de guérir une maladie physique ou psychologique.

J'accepte de continuer à consulter un médecin pour l'état de santé général de mon enfant pendant la durée des consultations naturopathiques.

J'accepte que les antécédents personnels et les suggestions de mon enfant soient consignés dans un dossier et je comprends qu'ils resteront strictement confidentiels.

Signé à _____ (lieu) le _____ (date).

Signature: _____