



## QUESTIONNAIRE ENFANTS - ADOLESCENTS

Ton nom: \_\_\_\_\_ Ta date de naissance : \_\_\_\_\_ Ton âge : \_\_\_\_\_

Ta mère: \_\_\_\_\_ Ton père: \_\_\_\_\_

### **Surtout pour les mamans:**

#### **1. Au sujet de votre grossesse;**

Avez-vous accouché à terme?

\_\_\_\_\_

Décrivez s'il y a lieu les complications et leur moment de survenue:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **2. Au sujet de l'accouchement et de la naissance de cet enfant:**

Vous étiez suivie par :  une sage-femme,  un obstétricien,  autre : \_\_\_\_\_

Vous avez accouché :  à la maison des naissances,  à l'hôpital,  à la maison

Avez-vous subi des interventions :  épidurale,  provocation des contractions (pitocin)  
 césarienne planifiée, raison : \_\_\_\_\_  
 césarienne d'urgence

Comment bébé est-il sorti :  traction manuelle sur la tête,  forceps,  ventouse  
 aucune traction extérieure

Était-ce un accouchement difficile :  non,  oui, svp expliquez : \_\_\_\_\_

Quel était le score d'**APGAR** du bébé à la naissance? \_\_\_\_\_ À 5 minutes? \_\_\_\_\_

#### **3. Autres détails:**

Avez-vous allaité :  oui, combien de temps ? \_\_\_\_\_  
 non, pourquoi :  difficulté à allaiter : \_\_\_\_\_  
 choix personnel  
Quelle formule avez-vous utilisé : \_\_\_\_\_

#### **4. Pendant la grossesse :**

Avez-vous consommé de l'alcool :  non,  oui, combien? \_\_\_\_\_

Avez-vous fumé :  non,  oui, combien? \_\_\_\_\_  
pendant combien de temps? \_\_\_\_\_

Avez-vous pris des médicaments :  non,  oui, quel type ? \_\_\_\_\_  
Raison ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été exposé à des ultrasons :  non,  oui, combien ? \_\_\_\_\_

**5. En bas âge, (0-4 ans), est-ce que l'un des évènements suivants s'est produit :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chute de la table à langer               | <input type="checkbox"/> Crises de larme fréquentes     |
| <input type="checkbox"/> Chute dans les escaliers                 | <input type="checkbox"/> Fièvre fréquente               |
| <input type="checkbox"/> Chute en bas du berceau/lit              | <input type="checkbox"/> Épisode de diarrhée fréquente  |
| <input type="checkbox"/> Accident de voiture                      | <input type="checkbox"/> Constipation                   |
| <input type="checkbox"/> Chute d'un équipement de terrain de jeux | <input type="checkbox"/> Trouble de sommeil             |
| <input type="checkbox"/> Jouer dans un "Jolly Jumper"             | <input type="checkbox"/> Rhumes/grippes fréquents       |
| <input type="checkbox"/> Otites fréquentes                        | <input type="checkbox"/> Coliques                       |
| <input type="checkbox"/> Amygdalites                              | <input type="checkbox"/> Gain de poids/taille très lent |
| <input type="checkbox"/> Réaction à un vaccin                     | <input type="checkbox"/> Autre _____                    |

SVP expliquer les réponses précédentes : \_\_\_\_\_

**6. Enfant, (5-12 ans), est-ce que l'un des évènements suivants s'est produit :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chute en bas d'un arbre                  | <input type="checkbox"/> Mouiller le lit               |
| <input type="checkbox"/> Chute à bicyclette                       | <input type="checkbox"/> Hyperactivité/Autisme         |
| <input type="checkbox"/> Chute d'un équipement de terrain de jeux | <input type="checkbox"/> Difficultés d'apprentissage   |
| <input type="checkbox"/> Accident sportif                         | <input type="checkbox"/> Asthme                        |
| <input type="checkbox"/> Accident de voiture                      | <input type="checkbox"/> Allergies                     |
| <input type="checkbox"/> Douleur d'estomac                        | <input type="checkbox"/> Douleur aux jambes/aux genoux |
| <input type="checkbox"/> Scoliose                                 | <input type="checkbox"/> Autre _____                   |

SVP expliquer les réponses précédentes: \_\_\_\_\_

**7. Votre enfant a-t-il été vacciné ? Quels vaccins ?:** \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu des réactions à ces vaccins? \_\_\_\_\_

**8. Enfant ou adolescent, votre enfant a-t-il ressenti les symptômes suivants :**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maux de tête       | <input type="checkbox"/> Engourdissement mains/bras   | <input type="checkbox"/> Douleur aux épaules       |
| <input type="checkbox"/> Asthme             | <input type="checkbox"/> Étourdissement/vertige       | <input type="checkbox"/> Douleur au cou/dos        |
| <input type="checkbox"/> Allergies          | <input type="checkbox"/> Fourmis dans les bras/jambes | <input type="checkbox"/> Douleur d'estomac         |
| <input type="checkbox"/> Hyperactivité      | <input type="checkbox"/> Bourdonnement d'oreille      | <input type="checkbox"/> « Douleur de croissance » |
| <input type="checkbox"/> Fatigue            | <input type="checkbox"/> Douleurs aux pieds/genoux    | <input type="checkbox"/> Gain/prise de poids       |
| <input type="checkbox"/> Trouble de sommeil | <input type="checkbox"/> Douleur aux bras/poignet     | <input type="checkbox"/> Autre _____               |

SVP expliquer les réponses précédentes: \_\_\_\_\_

**9. Lequel des problèmes précédents semble le pire? \_\_\_\_\_**

**Ce problème est-il: Constant \_\_, Intermittent \_\_, Occasionnel \_\_, Cyclique \_\_\_\_**

10. Depuis combien de temps cela persiste-t-il? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Quand ce problème est au pire, comment votre enfant se sent-il ?  
\_\_\_\_\_
12. Qu'avez-vous essayé pour régler ce problème ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Qu'est-ce qui empire le problème? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Ce problème a-t-il des répercussions sur d'autres aspects de la santé de votre enfant ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Sur sa participation aux activités quotidiennes ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé (SVP décrivez): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Approximativement combien de fois des antibiotiques ont-ils été prescrits à votre enfant et pour quelles raisons ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. Quels médicaments votre enfant prend-t-il actuellement ? : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
18. En résumé, quelle est la raison de votre consultation ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
19. Y a-t-il autre chose que nous devrions connaître à votre avis ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature d'un parent ou tuteur : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



50, Président Kennedy, bur. 209 • Lévis (Qc) • G6V 6W8  
Tél. : (418) 833-0065 • Fax : (418) 833-9901  
Courriel : [info@priorite-sante.ca](mailto:info@priorite-sante.ca)