

Questionnaire initial – physiothérapie pédiatrique 0-2 ans

Je vous invite à remplir ce questionnaire avant notre première rencontre. Il vous permettra de préciser l'histoire de votre bébé et vos inquiétudes par rapport à son développement. Ainsi, l'ouverture du dossier de votre enfant sera plus rapide lors de son rendez-vous.

*** Vous n'êtes pas tenu(e) de répondre à toutes les questions.**

* Nous pourrions aussi remplir le questionnaire ensemble si vous le préférez.

* Comme toute information contenue dans le dossier de votre enfant, ce questionnaire est confidentiel.

IDENTIFICATION DE VOTRE ENFANT

Prénom : _____

Nom : _____

Date de naissance : _____

Âge : _____

Téléphone : _____

Courriel (optionnel)¹ : _____

Adresse : _____

Nom du/des parent(s) ou de la personne ressource : _____

Nom du médecin de votre enfant, le cas échéant : _____

Je souhaite que le rapport de l'évaluation en physiothérapie soit envoyé à ce médecin

Autres professionnels de la santé, le cas échéant : _____

Pour quelle(s) raison(s) consultez-vous? : _____

¹ Votre adresse courriel peut être utilisée pour vous transmettre un programme d'exercices ou des documents informatifs. Elle ne sera pas utilisée à des fins commerciales ou publicitaires.

CONDITION GÉNÉRALE DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT

Maladie(s) ou problème(s) de santé : _____

Chirurgies (passées ou à venir) : _____

Médicament(s) et/ou suppléments : _____

Examens médicaux _____

Allergie(s) : _____

HABITUDES DE VIE DE VOTRE ENFANT

Nombre approximatif d'heures de sommeil de votre bébé par jour : _____

Alimentation :

- allaitement au sein biberon purées aliments solides

MILIEU DE VIE DE VOTRE ENFANT

Nombre de frère(s) et sœur(s) : _____

Un autre enfant à la maison présente un handicap ou des difficultés de développement

Mon enfant fréquente une garderie

HISTOIRE OBSTÉTRICALE (GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT)

Particularité(s) et/ou complication(s) de la grossesse : _____

Nombre de semaines de grossesse complétées au moment de l'accouchement : _____

Particularité(s) et/ou complication(s) lors de l'accouchement : _____

APGAR à la naissance (ces chiffres sont inscrits au début du carnet de santé de votre enfant) : _____

Poids approximatif de votre bébé à la naissance : _____

DÉVELOPPEMENT DEPUIS LA NAISSANCE :

Si possible, précisez à quel âge votre enfant a :

- tenu seul sa tête : _____ ;
- s'est tenu assis sans aide : _____ ;
- a marché à quatre pattes : _____ ;
- a commencé à marcher sans aide : _____.

Est-ce que votre enfant bouge autant un côté que l'autre de son corps? : _____

Veuillez indiquer si vous avez des *inquiétudes* concernant :

- la vision de votre bébé;
- son audition (capacité à entendre);
- son langage;
- son comportement;

SYMPTÔMES DIVERS

Votre bébé semble-t-il parfois ou souvent :

- ressentir de la douleur;
- pleurer plus que les autres bébés du même âge;
- ne pas aimer qu'on le touche;
- ne pas aimer qu'on le bouge;
- avoir de la difficulté à évacuer ses selles (cacas).

Autre(s) observation(s) non-mentionnée(s) ci-haut : _____

Date : _____ Rempli par/ signature : _____