



AU SERVICE DES QUÉBÉCOIS DEPUIS 2000

Date: _____ Date de naissance: _____ Âge: _____ Nbre de sem. de gestation: _____

Nom: _____ Prénom: _____

Apgar: _____ Poids: _____ Taille: _____ Pér. crânien: _____

Nom de la mère ou du père _____

Adresse: _____ Apt.: _____ Ville: _____ Code postal: _____

Tél. Résidence: _____ Cell.: _____ Courriel: _____

Historique de grossesse: _____

Historique de l'accouchement: _____

Césarienne Forceps, ventouse Épisiotomie

Maladie à la naissance: _____

Médicaments: _____

ÉTAT ACTUEL

Alimentation (tétées, quantité, régurgitations, coliques): _____

Sommeil: _____

Motricité: _____

Neuro. (éveil, parole, gazouillement, attention): _____

SUBJECTIF

Plaintes _____

RÉFLEXES PRIMITIFS

Réflexe de succion _____

Réflexe de la marche automatique _____

Réflexe d'agrippement _____

Réflexe de Moro (ad 3 mois) _____

Réflexe de survie _____

Réflexe tonique asymétrique du cou _____

MOTIFS DE CONSULTATION

