

Anamnèse - Questionnaire 0-24 mois Merci de compléter et d'apporter lors du rendez-vous.

Nom: _____ Date de naissance: _____

Particularités de la grossesse (par exemple, saignements, le travail prématuré, ...)

Événements particuliers à la naissance (par exemple, position transverse, BEL, ventouse, césarienne, cordon ombilical autour du cou, ...)

Autres problèmes (merci de cocher)

	très visible	visible	discret	normal	Je ne sais pas
Dormir					
Allaitement / Boire					
Crier/se calmer					
Selles					
Humeur					
Régurgitations					
Irritabilité					

Thérapies antérieures: par exemple, ostéopathie, physiothérapie (quand?):

D'autres problèmes de santé, médicaments: _____

Dernière vaccination:

Nom du pédiatre: _____

Un frère a déjà été soigné ici? Oui / Non Nom: _____

Date: _____ Signature: _____