

## Questionnaire complémentaire

pour..... né(e).....

Chers parents

Pour compléter l'interview nous vous présentons ce questionnaire qui nous aidera dans l'examen et le traitement de votre enfant. Il ne vous sera peut-être pas possible de répondre à toutes les questions puisque certaines d'entre elles peuvent ne pas concerner votre enfant.

Encerclez les bonnes réponses. Si vous n'êtes pas certain(e) de la réponse sautez la question ou ajoutez un point d'interrogation. Si vous avez des remarques ou des réflexions indiquez-les en marge du questionnaire afin que nous puissions en discuter pendant la consultation.

### Histoire familiale

Problèmes à la colonne vertébrale (p.ex. scoliose, malformation etc)

mère                      père                      grands-parents

Problèmes à la nuque ou dans le bas du dos (p.ex. maux de tête, tensions)

mère                      père                      grands-parents

Nous avons déjà traité frère(s) ou sœur(s)    oui/ non

### Grossesse et accouchement

Nombre d'enfants.....                      Rang dans la fratrie.....                      Âge de la mère à la naissance .....

Durée .....semaines                      Poids du bébé.....                      Longueur..... cm

Position en siège, postérieure ou transverse    oui/non

Grossesse multiple oui/non                      Durée de l'accouchement ..... heures

Forceps/ventouse oui/non                      Césarienne oui/non

Manœuvre de Kristeller (appui sur le fond utérin)    oui/non

Accidents périnataux    oui/non

### Particularités    Votre enfant :

ne dort pas bien    oui/non    il se réveille souvent    oui/non

l'allaitement est compliqué d'un côté    oui/non    De quel côté ?    gauche/droit

mange/boit avec difficulté    oui/non    Il vomit/bave    oui/non

pleure beaucoup    oui/non    Depuis la naissance/plus tard ?

a mal à la nuque (quand on l'habille)    oui/non

se tire les cheveux    oui/non

porte des lunettes    oui/non    depuis quand ?

porte un appareil auditif    oui/non    depuis quand ?

***Veillez encercler  
ce qui convient***

Pharyngite                      Névrodermite                      Allergies                      Maux de tête  
Maladies neurologiques                      Problèmes cardiaques (cardiopathies congénitales)

**Particularités/ retard dans le développement**

Votre enfant a des problèmes de :

Motricité (contenance et mouvement)	oui/non
Perception de la profondeur (monter les escaliers, grimper)	oui/non
Parole/langage (compréhension/expression)	oui/non
Concentration	oui/non
Symétrie de posture	oui/non

Quand avez-vous remarqué ces particularités pour la première fois?

**Asymétrie et anomalies de la posture**

Nous l'avons remarqué :	dès sa naissance	plus tard
On nous l'a fait remarquer :	oui/non	Qui ?
Ce qui vous a frappé :		
ne regard que dans une direction	oui/non	dans laquelle ?
ne se tourne que d'un côté	oui/non	de quel côté ?
se cambre souvent	oui/non	
bouge les bras/jambes en même temps	oui/non	quel côté bouge moins ?
Le visage est plus petit d'un côté	oui/non	quel côté est plus petit ?
L'arrière tête (occiput) aplati d'un côté	oui/non	de quel côté ?

Thérapies suivis jusqu'à ce jour

Remarques