

## Physiothérapie

*ne remplir que ce qui s'applique dans votre situation*

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

**Nom de l'enfant:** \_\_\_\_\_

**Âge:** \_\_\_\_\_

**Date de naissance:** \_\_\_\_\_

**Nom de la mère:** \_\_\_\_\_

**Nom du père:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Téléphone:** maison \_\_\_\_\_ mère \_\_\_\_\_ père \_\_\_\_\_

**Courriel:** \_\_\_\_\_

**Diagnostic:** \_\_\_\_\_

**Conditions associées:** \_\_\_\_\_

**Raison de la référence:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Histoire de la grossesse** \_\_\_\_\_

Lieu de sa naissance (Nom de l'hôpital): \_\_\_\_\_

APGARS: \_\_\_\_\_

Poids à sa naissance: \_\_\_\_\_

Âge gestationnel \_\_\_\_\_

Accouchement(césarienne,vaginal,siège) : \_\_\_\_\_

**Histoire périnatale/Médicale/Chirurgicale**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Suivi(e) par:** Pédiatre \_\_\_\_\_

Autre: \_\_\_\_\_

**Clinique(s):** \_\_\_\_\_

**Thérapies (présentes et antérieures):**

Physiothérapie \_\_\_\_\_ Ergothérapie \_\_\_\_\_

Orthophonie \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

**À quel âge votre enfant a été capable de :**

Rouler: \_\_\_\_\_ S'asseoir seul(e): \_\_\_\_\_

Ramper \_\_\_\_\_

Tirer pour se lever : \_\_\_\_\_ Marcher: \_\_\_\_\_