

Questionnaire de santé

Enfant : _____ né le _____

Nationalité : _____ Lieu de naissance : _____

Rue : _____ Code postal/Ville: _____

N° de tél. _____ N° de portable : _____

vivant chez : Parents Père Mère Parents adoptifs Famille d'accueil

Pédiatre / Médecin traitant :

1. Combien de frères et sœurs votre enfant a-t-il :

Sœurs : _____ Frères : _____

2. Déroulement de la naissance :

À quelle semaine de grossesse l'enfant est-il né ? _____ semaines de grossesse

Poids de naissance : _____ g Longueur: _____ cm Tour de tête : _____ cm

Apgar (score d'évaluation de la vitalité d'un nouveau-né) : ___/___/___

3. Quand votre enfant a-t-il pu ... ?

s'asseoir tout seul _____ mois

marcher _____ mois

prononcer ses premiers mots _____ mois

4. Quelles vaccinations votre enfant a-t-il reçues et combien de fois ?

Vaccination contre :	Date des vaccinations :					
Tétanos						
Diphtérie						
Coqueluche						
Polio (VPO)						
Hépatite B						
HiB						
Pneumocoques						
Méningocoques C						
Rotavirus						
Rougeole						
Oreillons/rubéole						
Varicelle						
Grippe						
VPH (filles seulement)						

5. Quelles maladies sont connues chez votre enfant ?

convulsion fébrile Épilepsie Neurodermite Asthme

Malformation cardiaque Tuberculose Diabète

Malformation congénitale : _____

Accidents ou autres maladies graves : _____

6. Votre enfant prend-il régulièrement des médicaments ? non oui (Indiquer lesquels.)

7. Votre enfant a-t-il besoin de matériel médical ?

Lunettes prothèse auditive Fauteuil roulant Orthèses

Divers _____

8. Quelles mesures thérapeutiques ont été appliquées ou sont projetées ?

- Physiothérapie depuis/à partir _____
 Ergothérapie depuis/à partir _____
 Logopédie depuis/à partir _____
 Divers depuis/à partir _____

9. Séjours hospitaliers antérieurs :

Hôpital/Clinique	motif	de/à
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

10. Quelles opérations ont été effectuées sur votre enfant ou sont en projet ?

- Adénoïdectomie quand ? _____
 (ablation de végétations)
 Amygdalectomie quand ? _____
 (ablation des amygdales)
- Aérateurs transtympaniques quand ? _____
 (pose de yoyos)
 Divers quand ? _____

Ce questionnaire a été rempli

le _____ par _____

Pour la présentation de votre enfant, veuillez apporter les documents suivants (si disponibles) :

Carnet de santé, carnet de vaccinations et documents médicaux (lettres de médecin, rapports d'évolution, etc.)