

**Centre de santé communal**

rue Derrière la Chapelle, 18

4040 Herstal

04 240 65 25

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Année scolaire : .....

Ecole : .....

**Renseignements médicaux confidentiels**

(document à remettre, sous enveloppe fermée, au titulaire de classe ou à nous retourner, dans les plus brefs délais)

**Situation familiale**

Nom et prénom de l'enfant : ..... Sexe : .....

Né le ..... à ..... Nationalité : .....

S'il n'est pas né en Belgique, quand y est-il arrivé ? .....

Nom et prénom du père : ..... Profession : .....

Né le ..... à ..... Nationalité : .....

Le père travaille-t-il actuellement ? OUI/NON

Nom et prénom de la mère : ..... Profession : .....

Née le ..... à ..... Nationalité : .....

La mère travaille-t-elle actuellement ? OUI/NON

Adresse : rue ..... N° .....

Localité : ..... Code postal : ..... Tel. ....

Frères et sœurs :	Nom	Prénom	Né le	Ecole
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

Autres personnes dans le ménage : Nom Prénom Profession  
.....

Enfants éventuellement décédés : ..... Cause du décès : .....

L'enfant vit d'habitude :  
avec les 2 parents / la mère / le père / les grands-parents / en garde alternée / en institution  
Langue(s) parlée(s) à la maison : .....

Ecole(s) fréquenté(s) antérieurement : .....

Médecin de famille : ..... Pédiatre : .....

Consultation(s) de nourrissons fréquentée(s) :

Nom : ..... Adresse : .....

## Antécédents familiaux

Y a-t-il dans la famille de l'enfant (père, mère, grands-parents....) une personne ayant présenté à un moment donné une des maladies suivantes :

Tuberculose : ..... Obésité : .....  
Diabète : ..... Hypertension : .....  
Allergie : ..... Anomalie du sang : .....  
Asthme : ..... Cancer : .....  
Affection mentale ou nerveuse (épilepsie) : .....

## Antécédents personnels de l'enfant

### A. Grossesse et naissance

La grossesse a-t-elle été normale ? oui/non

Si NON, la maman a-t-elle présenté des affections telles que :

Toxoplasmose : oui/non Rubéole : oui/non  
Hypertension : oui/non Sucre dans les urines : oui/non  
Albumine : oui/non Prise importante de poids : oui/non

Autre(s) problème(s) : .....

Quel(s) médicament(s) a-t-elle pris durant la grossesse ? .....

L'enfant est né : à terme - avant terme - après terme

normalement - césarienne - par forceps

Poids de l'enfant à la naissance : ..... kg ..... gr Taille : ..... cm.

A-t-il eu des problèmes particuliers à la maternité, tels que :

Jaunisse : oui/non Convulsions : oui/non  
Troubles respiratoires : oui/non

Autre(s) problème(s) : .....

### B. Développement de l'enfant

A-t-il été nourri au sein ? oui/non Combien de temps : .....

A-t-il eu des difficultés alimentaires ? oui/non

A-t-il pris la sucette ou le pouce ? oui/non Jusqu'à quel âge ? : .....

A-t-il marché seul avant 18 mois ? oui/non

A-t-il dit une dizaine de mots avant 2 ans ? oui/non

Depuis quel âge est-il complètement propre (selles et urines) ? le jour : .....

la nuit : .....

Par qui l'enfant a-t-il été gardé après sa naissance ?

Parents - Grands-parents - Voisins - Crèche - Pouponnière

Autres : .....

Nom et adresse de l'institution : .....

## Maladies et affections

Votre enfant a-t-il eu :

La varicelle		Des bronchites	
La rougeole		Des otites	
Les oreillons		De l'asthme	
La rubéole		Des convulsions	
Une hépatite		De l'épilepsie	
La tuberculose		Autres .....	
Une méningite			

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? oui/non

Si OUI, précisez la date et le motif : .....

A-t-on pratiqué chez lui un électroencéphalogramme, un électrocardiogramme, des radiographies, des analyses de sang, d'urine ? .....

Si OUI, quel(s) examen(s) et pourquoi ? .....

Quel fut le résultat ? .....

A-t-il déjà consulté un oculiste ? oui/non

Si OUI, pourquoi ? .....

A-t-il déjà consulté un médecin nez gorge oreilles ? oui/non

Si OUI, pourquoi ? .....

A-t-il des difficultés de langage, des défauts de prononciation, des bégaiements ? oui/non

Si OUI, lesquelles ? .....

A-t-il dû subir un dépistage de la tuberculose ? oui/non

Type : ..... Date : ..... Résultat : .....

Si votre enfant a reçu le B.C.G. (vaccination contre la tuberculose), celui-ci a-t-il été contrôlé par une intradermoréaction ? oui/non

Si OUI :

Type : ..... Date : .....

# Vaccinations

Tableau de vaccination à compléter ou joindre sa carte de vaccination ou son carnet O.N.E.

	Date 1 <sup>e</sup> dose	Date 2 <sup>e</sup> dose	Date 3 <sup>e</sup> dose	Date 4 <sup>e</sup> dose	Date Rappel
INFANRIX HEXA					
TETRAVAC (Polio + Diphtérie + Tétanos + Coqueluche)					
POLIOMYELITE					
DIPHTERIE + TETANOS + COQUELUCHE (DI – TE - PER)					
ACT.HIB. Meningite a Haemophilus Influenzae					
DIPHTERIE + TETANOS (DI - TE)					
ROUGEOLE + RUBEOLE + OREILLONS (RRO)					
HEPATITE B (Hbvax li ou Engerix B)					
MENINGITE C					
PREVENAR (Pneumocoque)					
ROTAVIRUS					
VARILRIX (Varicelle)					
B.C.G. (Vaccination contre la tuberculose)					
CERVARIX ou GARDASIL (Vaccin cancer du col de l'utérus)					
AUTRES					

Formulaire rempli le ..... par .....

Lien de parenté avec l'enfant : .....