

Centre de santé communal

rue Derrière la Chapelle 18

4040 Herstal

04 256 87 80

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 ^e dose	Date 2 ^e dose	Date 3 ^e dose	Date 4 ^e 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 :