

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

# PSE

Promotion de la Santé à l'École

Centre de Santé ASBL

rue de Sluse, 17 - 4600 VISÉ

Tél : 04/379.15.16

centredesante@skynet.be

## Questionnaire médical

### 1. IDENTITÉ ET INFORMATIONS FAMILIALES DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Sexe : M / F

Date de naissance :

Rue et numéro :

Localité et CP :

Nationalité :

Langue parlée à la maison :

École antérieure : (dénomination et adresse)

Nom - prénom - téléphone du parent 1 :

Profession :

Nom - prénom - téléphone du parent 2 :

Profession :

L'enfant vit d'habitude avec ses 2 parents ?

Oui / Non

Non :  Mère  Père  Garde alternée

Autre (précisez)

L'enfant a-t-il des frères/sœurs:

Oui / Non

Si oui, quel(s) âge(s) ont-ils:

*Signature du parent*

Une vignette de mutuelle  
de l'enfant **OBLIGATOIRE**

**Ne pas oublier les lunettes et l'échantillon d'urines !**

## 4. VACCINATION

Veillez compléter le tableau en indiquant les dates **ou** transmettez-nous une photocopie de la carte de vaccination

<b>DIPHTÉRIE - TÉTANOS - COQUELUCHE - POLIOMYELITE HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B - HÉPATITE B</b>		
Date	Nom du Vaccin	Nom du Vaccinateur
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
<b>ROUGEOLE - RUBÉOLE - OREILLONS</b>		
/ /		
/ /		
<b>MÉNINGOCOQUE C</b>		
/ /		
<b>PNEUMOCOQUE</b>		
/ /		
/ /		
/ /		
<b>ROTAVIRUS</b>		
/ /		
/ /		
<b>AUTRES VACCINS</b>		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

## 2. ANTÉCÉDENTS

2.1. Votre enfant a-t-il déjà été gravement malade / hospitalisé ?

2.2. Votre enfant a-t-il déjà été opéré / accidenté ?

2.3. Y a-t-il des maladies importantes dans votre famille ?

	Taille (en cm)	Poids (en Kg)
Parent 1		
Parent 2		

*Influence génétique sur le poids et la taille de l'enfant*

## 3. SITUATION ACTUELLE

3.1. Votre enfant est-il malade actuellement ?

3.2. Avez-vous un point particulier à signaler au médecin concernant l'état de santé actuel de votre enfant ?

Maux de tête – troubles du sommeil – syncopes ou pertes de conscience (même brèves) convulsions – toux – essoufflement à l'effort – besoins fréquents d'uriner – énurésie (pipi au lit la nuit) - éruption cutanée – autre (précisez) :

3.2. Votre enfant prend-il un traitement médicamenteux ? (comprimé, sirop, aérosol, injection, gouttes, ...) Oui / Non

Si oui, lequel :

3.3. Quelle activité sportive pratique-t-il ?

3.4. Pensez-vous que votre enfant a un problème de vue ? Oui / Non

Si oui, lequel :  myopie  hypermétrope  astigmatisme  strabisme

Porte-t-il des lunettes / lentilles ? Oui / Non

Porte-t-il un cache ? Oui / Non > Oeil droit / Oeil gauche

3.5. Pensez-vous que votre enfant a des problèmes d'ouïe (audition) ? Oui / Non

3.6. A-t-il des difficultés à l'école ? Oui / Non

3.7. Nom du médecin traitant :

3.8. Votre enfant est-il suivi par un spécialiste ?

Spécialiste	Nom du spécialiste	Date de la dernière visite	Motif de la consultation
Ophthalmologue			
ORL			
Pédiatre			
Dentiste/Orthodontiste			
Neurologue			
Cardiologue			
Pneumologue			
Kiné			
Psychologue / Centre de guidance			
Logopède			
Diététicien			
Autre : ...			