

Si oui

En quelle année ?	Pourquoi ?

Symptômes fonctionnels

- Votre enfant est-il essouffé ?..... Oui Non
- Présente-t-il des troubles du sommeil ? Oui Non
- Fait-il encore « pipi au lit » ?..... Oui Non
- A-t-il maigri récemment ?..... Oui Non
- A-t-il des troubles digestifs ?..... Oui Non
- Constipation ?..... Oui Non
- Diarrhée ?..... Oui Non
- Votre enfant a-t-il des difficultés de langage,
Parle-t-il mal ou a-t-il un défaut de prononciation ?
Oui Non

Si votre enfant est une fille,
est-elle réglée ? Oui Non

Si oui, date des premières règles ?.....
Prend-elle la pilule ?.....Oui Non

A-t-il des problèmes squelettiques ?.....Oui Non
(Colonne vertébrale, membres inférieurs)

**Merci de donner son carnet de santé
à votre enfant pour ce rendez-vous**

PARTIE RÉSERVÉE AU PERSONNEL DU CENTRE-

EXAMEN CLINIQUE 1 2

BIOMETRIE

Poids

Taille

Tour de taille

Tour de hanche

Pouls

TA Max.

TA Mini.

SPIROMETRIE

CV cl

VEMS cl

Débit de pointe cl

DEMM cl

VISION

1 Avec... Correction 2 Sans... Correction 3 Oubli... Lunettes

OD de loin

OG de loin

OD de près

OG de près

binocul. de loin

binocul. de près

0 bonne vision des couleurs

1 mauvaise vision des couleurs

AUDIOMETRIE

500 1000 2000 4000 6000

Droite

Gauche

Personne appareillée => non réalisée

URINES

Transmission au laboratoire

Oui Non

Si non, motif: Pas d'urines

Règles

Refus du consultant

En application des dispositions de l'article 27 de la loi n° 78/17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous devez savoir que :

> les réponses aux questions posées ont un caractère facultatif,

> qu'elles sont protégées par le secret médical,

Toutefois, l'absence de réponse, ou une réponse imprécise, ne permettra pas au médecin une exploitation la plus complète possible du bilan que vous avez souhaité. Sauf opposition de votre part, les informations recueillies seront transmises au service chargé de procéder à des études statistiques à caractère anonyme. Conformément à l'article 34 de la loi sus-visée, vous disposez d'un droit d'accès au contenu entier de votre bilan et de rectification par l'intermédiaire du médecin que vous aurez désigné à cet effet.



ISBA Santé Prévention

QUESTIONNAIRE MEDICAL ENFANT moins de 16 ans

**Ce questionnaire est à remplir par les parents.
Il est à rapporter le jour de la convocation.**

Remplissez-le le plus complètement possible : le passage de votre enfant dans notre centre en sera facilité.

LE JOUR DE L'EXAMEN :

Restez à jeun obligatoirement : ni aliments, ni alcools et si possible évitez de fumer. Vous pouvez boire de l'eau et prendre vos médicaments habituels.

SI VOUS ETES DIABETIQUE, NE CHANGEZ RIEN A VOS HABITUDES (collation, traitement)

N'oubliez pas d'apporter les éléments demandés dans votre convocation.

Ne rien remplir dans ce cadre réservé à nos services administratifs

N° de dossier

Code OP

Caisse d'affiliation Profession

Code CAS

Centre de paiement

Coordonnées de l'enfant

NOM

PRENOM

Date de naissance

Adresse

Code postal Ville

Tél.

Numéro de Sécurité Sociale sous lequel vous percevez les prestations de votre enfant

NOM et Prénom de l'assuré :

Nom et adresse du Médecin Traitant de votre enfant :

N° de téléphone du Médecin Traitant :

Questionnaire Socio-Administratif

① Votre enfant a-t-il bénéficié un examen de santé dans un Centre d'Examens de Santé ?

Oui 1 Non 2

Si oui, en quelle année ?

② * Quelle est votre Caisse d'affiliation ?

* Quel est votre Centre de paiement ?

* Quelle est votre couverture sociale ?

	Oui	Non	Ne sait pas
☞ 100 % ALD	① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>
☞ CMU de base	① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>
☞ CMU Complémentaire	① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>
☞ AME	① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>
☞ Couverture Complémentaire	① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>

③* Votre enfant est-il :

0 Assuré 2 Enfant à charge 4 Autre ayant droit

④ Comment avez-vous eu connaissance du Centre ?

- 01 Invitation de la Caisse
 02 Autre Organisme Social (CAF/ CRAM / URSSAF / ASSEDI, etc...)
 03 Travailleur social ou assimilé
 04 Médecin (traitant, travail, etc...)
 05 Autre moyen de connaissance du Centre

⑤ S'il a des frères et sœurs, indiquez son rang de naissance

⑥ Votre enfant est-il

jumeau ?..... Oui 1 Non 2

triplé ?..... Oui 1 Non 2

⑦ Dans quelle classe se trouve votre enfant ?

La scolarité de votre enfant

Se déroule-t-elle normalement ?... Oui 1 Non 2

Redouble-t-il sa classe ?..... Oui 1 Non 2

⑧ Précisez, s'il y a lieu, la durée quotidienne du trajet domicile / établissement scolaire - Aller(s) et Retour(s)

1 moins de 1 heure 2 1 à 2 heures

3 + de 2 heures 4 En voiture particulière

5 En car scolaire

Habitudes de vie

⑨ Votre enfant prend-il

- Ses principaux repas en milieu familial ?.....
- Aucun repas en milieu familial ?.....
- Un seul repas en milieu familial ?.....

(ex : cantine à l'école à midi)

1 OUI 2 NON

Prend-t-il un petit déjeuner tous les matins ? 1 2

Prend-t-il un goûter tous les jours ? 1 2

Mange-t-il habituellement des bonbons ou des sucreries ?

1 2

Quel est le niveau habituel d'activité physique de votre enfant ?

- 1 peu d'activité physique
- 2 une activité modérée (1h de marche/j ou équivalent)
- 3 une activité intense (sport de compétition)

A-t-il des activités extra-scolaires (musique, arts décoratifs, etc...)

Oui 1 Non 2

En moyenne combien de temps passe-t-il devant un écran (télévision, ordinateur...) chaque jour ?

A quelle heure se couche-t-il habituellement ?

A quelle heure se lève-t-il habituellement ?

Boissons

Quelle quantité boit-il en moyenne par jour ?
(Cochez obligatoirement une des cases par colonne)

	Vin	Bière ou Cidre	Boissons sucrées	Eau	Lait
Rien ①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moins de un ½ litre ②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De ½ litre à 1 litre ③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 1 litre à 2 litres ④	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 2 litres à 3 litres ⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabac

Votre enfant est-il :

1 - Non fumeur ?.....

2 - Fumeur actuel même occasionnel ?.....

➤ Indiquer le nombre de cigarettes fumées par jour ?

➤ Depuis combien d'années fume-t-il ?.....

Médicaments

Votre enfant prend-il régulièrement des médicaments depuis au moins trois mois :

① OUI ② NON

- Cardio-vasculaire ① ②
- Pneumologique ou allergologique ① ②
- Digestive ① ②
- Urologique ou néphrologique ① ②
- Gynécologique ① ②
- Neurologique ou psychiatrique ① ②
- Ostéo-articulaire ① ②
- Carcinologique ① ②
- Sensorielle ① ②
- Endocrinienne ou métabolique ① ②
- Dermatologique ① ②
- Hématologique ① ②
- Anti-infectieuse ou parasitaire ① ②
- Divers ① ②

Lesquels :

ne rien remplir dans ces cases

Vaccination

La vaccination de votre enfant est-elle à jour (rappels effectués) concernant :

- DIPHTERIE 1 OUI 2 NON
- TETANOS 1 OUI 2 NON
- POLIO 1 OUI 2 NON
- RUBEOLE 1 OUI 2 NON
- R.O.R. 1 OUI 2 NON
- HEPATITE B 1 OUI 2 NON
- BCG 1 OUI 2 NON

ne rien remplir dans ces cases →

Etat de santé

Veillez indiquer, par une note comprise entre 0 et 10, le niveau auquel vous appréciez l'état de santé de votre enfant

Très mauvais → → Excellent

Suivi dentaire et médical

Ces 2 dernières années, a-t-il consulté un dentiste ?

1 jamais 2 1 fois par an

3 1 fois tous les 6 mois 4 davantage

Ces 2 dernières années, a-t-il consulté un médecin ?

(Généraliste ou Spécialiste)

1 jamais 2 1 fois par an

3 1 fois tous les 6 mois 4 davantage

Antécédents familiaux

Ces questions concernent les parents de l'enfant et ses frères et sœurs

Parmi eux, quelqu'un a-t-il présenté (quel que soit l'âge) : ① OUI ② NON

Une hypertension artérielle ? 1 2

Une attaque, hémorragie ou congestion cérébrale avec paralysie ? 1 2

Un infarctus du myocarde ? 1 2

Une maladie allergique ? 1 2

Asthme ?..... 1 2

Eczéma ?..... 1 2

Un cancer du colón (gros intestin) ou du rectum ? 1 2

Un cancer du sein ? 1 2

Un cancer de l'utérus ? 1 2

Une affection thyroïdienne ? 1 2

Un taux de cholestérol trop élevé ? 1 2

Un diabète ? 1 2

Une hémochromatose (Fer élevé dans le sang) ? 1 2

Une luxation congénitale de la hanche ? 1 2

Antécédents personnels

Ces questions concernent votre enfant

Votre enfant avait-il un poids de naissance égal ou supérieur à 4 Kg ? 1 2

La naissance a-t-elle eu lieu prématurément ? 1 2

Votre enfant a-t-il eu des problèmes de croissance ? 1 2

A-t-il fait un rhumatisme articulaire aigu ? 1 2

A-t-il eu des maladies allergiques ? 1 2

Asthme ?..... 1 2

Eczéma ?..... 1 2

A-t-il eu ou a-t-il le rhume des foies ? 1 2

À-t-il eu ou a-t-il souvent des bronchites ? 1 2

A-t-il eu ou a-t-il souvent des sinusites ? 1 2

A-t-il eu ou a-t-il souvent des otites ? 1 2

A-t-il eu ou a-t-il des troubles de l'acuité auditive ? 1 2

A-t-il eu une atteinte tuberculeuse ? 1 2

Si oui, à quel organe ?..... 1 2

A-t-il fait une jaunisse ? 1 2

A-t-il eu de l'albumine dans les urines ? 1 2

A-t-il eu du sucre dans les urines ? 1 2

A-t-il fait des convulsions ? 1 2

A-t-il eu un traumatisme crânien ? 1 2

Si oui, avec perte de connaissance ? 1 2

A-t-il fait du rachitisme ? 1 2

A-t-il eu une luxation congénitale de la hanche ? 1 2

A-t-il déjà eu une coqueluche ? 1 2

A-t-il déjà eu une Scarlatine ? 1 2

A-t-il déjà eu une Rougeole ? 1 2

A-t-il déjà eu une Varicelle ? 1 2

A-t-il déjà eu une Rubéole ? 1 2

A-t-il déjà eu les Oreillons ? 1 2

A-t-il déjà été hospitalisé ? 1 2

A-t-il subi des opérations ? 1 2