

II - HABITUDES DE VIE

- Est-il gardé habituellement chez une nourrice ? oui non
- 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)
- Prend-il un petit déjeuner tous les matins ? oui non
- Prend-il un goûter tous les jours ? oui non
- Mange-t-il habituellement des bonbons ou des sucreries ? oui non

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moins de un 1/2 litre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 1/2 litre à 1 litre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 1 litre à 2 litres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 2 litres à 3 litres	<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 ?

ETAT DE SANTE

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

Très mauvais > > Excellent

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SUIVI DENTAIRE ET MEDICAL

- Ces 2 dernières années, a-t-il consulté un dentiste ?
- Jamais 1 fois l'an
 - 1 fois par 6 mois Davantage
- Ces 2 dernières années, a-t-il consulté un médecin (généraliste ou spécialiste)
- Jamais 1 fois l'an
 - 1 fois par 6 mois Davantage
- Votre enfant pratique-t-il une activité estimée à plus d'une heure de marche par jour ? oui non
(Trajets, loisirs)
- Pratique-t-il régulièrement un ou plusieurs sports en dehors de l'école ? oui non
- Si oui, le(s)quel(s) :
- Combien d'heures par semaine ?

- A-t-il des activités extra-scolaires (musique, arts décoratifs, etc ..) oui non
- En moyenne combien de temps regarde-t-il la télévision chaque jour ?

- A quelle heure se couche-t-il habituellement ?

III - ANTECEDENTS 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) :

- une hypertension artérielle ? oui non
- une attaque, hémorragie ou congestion cérébrale avec paralysie ? oui non
- un infarctus du myocarde ? oui non
- une maladie allergique ? oui non
- Asthme ? oui non
- Eczéma ? oui non
- un cancer du colon (gros intestin) ou du rectum ? oui non
- un cancer du sein ? oui non
- un cancer de l'utérus ? oui non
- une affection thyroïdienne ? oui non
- un taux de cholestérol trop élevé ? oui non
- un diabète ? oui non
- une hémochromatose (fer élevé dans le sang) ? oui non
- une luxation congénitale de la hanche ? oui non

IV - ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Ces questions concernent votre enfant

- Votre enfant avait-il un poids de naissance égal ou supérieur à 4 kg ? oui non
- La naissance a-t-elle eu lieu prématurément ? oui non
- Votre enfant a-t-il eu des problèmes de croissance ? oui non

- A-t-il fait un rhumatisme articulaire aigu ? oui non

- A-t-il eu des maladies allergiques ? oui non

Asthme ? oui non

Eczéma ? oui non

- A-t-il eu ou a-t-il le rhume des foies ? oui non

- A-t-il eu ou a-t-il souvent des bronchites ? oui non

- A-t-il eu ou a-t-il souvent des sinusites ? oui non

- A-t-il eu ou a-t-il souvent des otites ? oui non

- A-t-il eu ou a-t-il des troubles de l'acuité auditive ? oui non

- A-t-il eu une atteinte tuberculeuse ? oui non

Si oui, à quel organe ?

- A-t-il fait une jaunisse ? oui non

- A-t-il eu de l'albumine dans les urines ? oui non

- A-t-il eu du sucre dans les urines ? oui non

- A-t-il fait des convulsions ? oui non

- A-t-il eu un traumatisme crânien ? oui non

Si oui, avec perte de connaissance ? oui non

- A-t-il fait du rachitisme ? oui non

- A-t-il eu une luxation congénitale de la hanche ? .. oui non

- A-t-il déjà eu :

coqueluche ? oui non

rougeole ? oui non

rubéole ? oui non

scarlatine ? oui non

varicelle ? oui non

oreillons ? oui non

- A-t-il déjà été hospitalisé ? oui non

- A-t-il subi des opérations ? oui non

Si oui

En quelle année ?	Pourquoi ?
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

V - SYMPTÔMES FONCTIONNELS

- Votre enfant est-il essoufflé ? 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 ?

- Utilise-t-elle une contraception ? oui non
Si oui : pilule préservatif autres

- Une grossesse est-elle en cours ? oui non

- A-t-il des problèmes squelettiques ? oui non
(colonne vertébrale, membres inférieurs)

Quels MÉDICAMENTS prend-il depuis 3 mois ou plus de 3 mois ?

Quels MÉDICAMENTS prend-il depuis moins de 3 mois ?

VACCINATIONS

	PREMIERE VACCINATION ANNÉE ?	ANNÉE DU DERNIER RAPPEL
DIPHTERIE TETANOS POLIO
B.C.G.	dernière cuti, date <input type="checkbox"/> POSITIVE <input type="checkbox"/> NEGATIVE
RUBEOLE ROUGEOLE OREILLONS	ou année de la maladie
HEPATITE B

A-t-il eu d'autres vaccinations ?

Lesquelles ?

Ces quelques lignes vous sont réservées pour nous signaler tout autre élément que vous jugerez utile de porter à notre connaissance :

Pensez à apporter le carnet de santé de votre enfant.

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.