



**QUESTIONNAIRE MÉDICAL
CONFIDENTIEL EN VUE DU BILAN DE SANTE
OBLIGATOIRE**

Madame, Monsieur,

Afin de permettre la réalisation des missions de notre service, nous vous demandons de compléter ce questionnaire médical afin de mieux connaître l'état de santé de votre enfant.

Les fréquences et les modalités des bilans sont fixées par le gouvernement de la fédération Wallonie-Bruxelles.

Nous pouvons vous aider à compléter ce document, n'hésitez pas à nous contacter par téléphone et nous vous rencontrerons sur rendez-vous.

Nous traitons des données vous concernant ainsi que votre enfant et son cadre de vie, si vous souhaitez davantage d'informations sur comment nous les traitons, vous pouvez consulter notre politique de protection des données disponible sur notre site internet <https://www.servicpsechatelet.be> rubrique RGPD.

Certaines données, signalées par un astérisque * sont facultatives à remplir. En remplissant ces informations, vous consentez à ce que nous les traitons en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge de votre enfant telle que prévue par la loi, et dans les mêmes conditions que prévues dans notre politique citée précédemment. Vous pouvez retirer ce consentement à tout moment.

A. Renseignements administratifs :

Identité de l'enfant :

N° national (*commence par la date de naissance inversée*) : . . - .

Veillez inscrire le nom et prénom en imprimé :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : F – M Nationalité.....

École fréquentée lors de la dernière visite médicale scolaire :

Les parents vivent-ils ensemble* ? OUI-NON Si NON, veuillez indiquer les 2 adresses.

Si vous souhaitez recevoir une copie des résultats de votre enfant à la 2^{ème} adresse, merci de le signaler.

Responsables légaux (*entourez*) : Parents - Père - Mère - Autres

Père	Mère
Nom:	Nom:
Prénom:.....	Prénom:.....
Date de naissance:.....	Date de naissance:.....
Adresse complète:.....	Adresse complète:.....
Tél. domicile:	Tél. domicile:
GSM:	GSM:
Adresse mail:.....	Adresse mail:.....

Composition de la famille :

	Nom	Prénom	Date de naissance
Enfants :

Autres personnes vivant sous le même toit :

Médecin de famille : Pédiatre:
Localité : Localité :
Téléphone : Téléphone :

B. Renseignements sur l'état de santé de l'élève :

• **NAISSANCE** : À terme : OUI – NON Si non, nombre de semaines de grossesse :

Poids à la naissance : Taille à la naissance :

Tailles et poids actuels des parents (*important pour suivre l'évolution de la croissance de votre enfant en fonction de son hérédité*) :

Père : Taille :Poids : **Mère** : Taille :Poids :

• **MALADIES ANTÉRIEURES OU ACTUELLES PRÉSENTÉES PAR VOTRE ENFANT :**

Maladies	Antérieures (<i>Précisez l'âge</i>)	Actuelles	Précisions éventuelles
Allergies – Eczéma -Asthme			
Epilepsie			
Affection cardiaque			
Affection urinaire			
Affection génitale			
Problème digestif			
Problème thyroïdien – Goitre			
Diabète			
Tuberculose			
Hépatite			
Méningite			
Encéphalite			
Convulsions			
Commotion cérébrale			

• **MÉDICATION :**

Actuellement et de façon régulière, votre enfant prend-t-il des médicaments ? OUI – NON

Si oui, lesquels ?

• **INTERVENTIONS CHIRURGICALES :**

Votre enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale ? OUI – NON

• **VUE :**

Problème :

Opération :

Lunettes : OUI – NON Depuis :

Date du dernier contrôle chez l’ophtalmologue :

Plaintes éventuelles :

Contrôle de vue à la consultation de l’ONE : résultat.....

Problème de vue chez un des parents depuis son enfance ? Merci de préciser.....

.....

• **AUDITION :**

Problème :

Opération :

Appareillage : OUI – NON. Si oui, depuis :

Plaintes éventuelles :

• **LANGAGE :**

Votre enfant a-t-il un ou des troubles du langage ? OUI – NON

Si oui, le(s)quel(s) ?.....

Votre enfant est-il suivi par un logopède ? OUI – NON

Quelle(s) est (sont) la (les) langue(s) parlée(s) à la maison ?

• **ORTHOPÉDIE :**

Votre enfant présente-t-il ou a-t-il présenté des problèmes orthopédiques ?

Si oui, lesquels ?.....

Traitement en cours (*kiné, semelles, suivis, ...*) :

• **SOMMEIL :**

Votre enfant présente-t-il des troubles du sommeil ? OUI – NON

Si oui, lesquels (*difficultés d’endormissement, cauchemars, insomnie, ...*) ?

.....

• **ACTIVITÉS SPORTIVES OU EXTRASCOLAIRES** pratiquées par votre enfant* : (*mouvement de jeunesse, activités musicales.....*):

.....

• **ALIMENTATION :**

Votre enfant présente-t-il un trouble alimentaire (*boulimie, anorexie*) ? OUI – NON

si oui, lequel ?

A-t-il déjà été suivi (*médecin traitant, nutritionniste, diététicienne,*) ? OUI – NON

Si oui, par qui ?.....

Est-il toujours suivi actuellement ?

• **CAPACITE Á CONTROLER SES URINES :**

-Votre enfant présente-t-il des problèmes d’énurésie (*pipi au lit*) ? OUI – NON

Traitement éventuel :

• **DIVERS :**

- Votre enfant est-il suivi par un psychologue – un centre de guidance – un psychomotricien – autre ?.....

- Avez-vous des inquiétudes sur son état de santé actuel ou sur son comportement ?

.....

.....

C. Antécédents médicaux familiaux, merci de les préciser :

.....

.....

D. Vaccinations (une photocopie de la carte de vaccination est souhaitée)

	DATES					
	1 ^{re} dose	2 ^{ème} dose	3 ^{ème} dose	4 ^{ème} dose	5 ^{ème} dose	6 ^{ème} dose
Poliomyélite						
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche						
Haemophilus Influenzae B (ACT-HIB®)						
Hépatite B (ENGERIX B ® ou HBVAX®)						
Rougeole, Rubéole, Oreillons (PRIORIX®, MMRVAX®)						
Méningite C (NEISVAC® MENJUGATE ® MENINGITEC®)						
Méningite ACWY (Nimenrix®)						
Méningocoque B (Bexsero®)						
Infections à pneumocoques (PREVENAR®)						
Rotavirus (ROTARIX® ou ROTATEQ®)						
HPV (GARDASIL® ou CERVARIX®)						
Varicelle (Varilrix®)						
Autres						

N.B: Infanrixhexa®: Polio, Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Haemophilus Influenzae B et Hépatite B
 Infanrix IPV® ou Tétravac®: Polio, Tétanos, Diphtérie, Coqueluche
 Boostrix ® ou Triaxis® : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
 Gardasil ® ou Cervarix ®: Vaccin contre le papillomavirus humain (HPV).

Nous vous remercions de votre collaboration et restons à votre disposition.

Signature :

Date :