

ENFANT

Fiche de renseignements destinée à votre médecin

Cette fiche médicale concerne votre enfant de 0 à 13 ans. Elle comporte des renseignements portant sur son état de santé, ses traitements et ses antécédents. Gardez-la pour répondre précisément aux médecins que vous pourriez consulter.

Remplissez une fiche par enfant.

Vous cochez chaque case correspondant à une maladie dont souffre votre enfant et vous essayez de répondre aux questions posées.

ALLERGIES

- Eczéma-urticaire Allergies alimentaires Rhume des foins

Autre/Laquelle :

- Allergies médicaments

Si oui, nom du ou des médicaments :

MALADIES RESPIRATOIRES

- Tuberculose Asthme Mucoviscidose
 Bronchite chronique

Autre/Laquelle :

TROUBLES DE LA VUE

- Myopie Strabisme Hypermétropie
 Astigmatisme

Autre/Laquelle :

- Lunettes Lentilles

MALADIES OSTÉO-ARTICULAIRES ET DE LA PAROI

- Scoliose Hernie inguinale Hernie ombilicale
 Luxation de la hanche

Autre/Laquelle :

MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE ET GÉNITAL

- Phimosis Malformation urinaire Malformation génitale
 Ectopie testiculaire

Autre/Laquelle :

Si c'est une jeune fille, indiquez si ses cycles sont réguliers : Oui Non

MALADIE DE LA PEAU

- Eczéma

Autre/Laquelle :

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

- Gastrite Colite Diarrhées/Vomissements

Autre/Laquelle :

MALADIES MÉTABOLIQUES ET ENDOCRINIENNES

- Diabète de type 1 Diabète insulino-dépendant Maladie de la thyroïde

Autre/Laquelle :

MALADIES ORL

- Rhino-pharyngites fréquentes Otites Sinusites

Autre/Laquelle :

MALADIES DU CŒUR

- Souffle au cœur Cardiopathie congénitale

Autre/Laquelle :

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

- Anorexie Troubles alimentaires Sclérose en plaques (Sep)
 Troubles du sommeil Troubles du comportement (Toc) Dépression
 Epilepsie

Autre/Laquelle :

CE QUI CONCERNE LA FAMILLE PROCHE DE MON ENFANT

Si vous connaissez les maladies importantes touchant un membre de votre famille, notez-les en indiquant qui est concerné : le père, la mère, un frère ou une sœur, un grand-parent, un oncle, une tante...

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX IMPORTANTS

	Père	Mère	Autres
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus (IDM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle (HTA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si autre/Laquelle :

Si un décès est survenu, notez-en la cause, si vous la connaissez.

- Décès du père Décès de la mère Décès du frère, de la sœur

Cause du décès :

LA VIE DE MON ENFANT AU QUOTIDIEN

ACTIVITÉS

Fait-il régulièrement du sport ? Oui Non

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

Prend-il actuellement un traitement ? Oui Non

Pourquoi ?

Liste des médicaments :

.....

J'ai d'autres informations à communiquer :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Notez ce que vous savez, sinon faites-vous aider en consultation.
- Tenez ce document à jour.
- Apportez-le si vous consultez un médecin pour la première fois. Vous aurez ainsi les réponses aux questions qu'il pourrait vous poser.