



FICHE SANTÉ

Le masculin est utilisé pour alléger le texte.

IDENTIFICATION

Nom : Prénom :

Adresse : Code postal :

Date de naissance : No RAMQ : Exp. :
jour/mois/année

Nom de la mère : Téléphone :
Résidence bureau ou cellulaire

Nom du père : Téléphone :
Résidence bureau ou cellulaire

ÉTAT DE SANTÉ

Yeux

A-t-il des problèmes de vision ? **Oui** **Non**

Si oui, a-t-il subi un examen de la vue ? **Oui** **Non**

Porte-t-il des lunettes ? **Oui** **Non**

Est-ce qu'un œil vous semble « croche » par rapport à l'autre ? **Oui** **Non**

Si oui, avez-vous consulté un médecin ? **Oui** **Non**

Oreilles

A-t-il souvent mal aux oreilles ? **Oui** **Non**

Si oui, fait-il souvent des otites ? **Oui** **Non**

Si oui, combien de fois au cours la dernière année ?

Peut-il se baigner ? **Oui** **Non**

A-t-il des tubes dans les oreilles ? **Oui** **Non**

Entend-il bien ? **Oui** **Non**

Si non, précisez :

.....

Avez-vous déjà consulté pour ce problème ? **Oui** **Non**

ÉTAT DE SANTÉ (*suite*)

Bouche A-t-il souvent souffert de l'amygdalite ? **Oui** **Non**
Si oui, combien de fois dans la dernière année : A-t-il été opéré ? **Oui** **Non**

Dents A-t-il des caries dentaires ? **Oui** **Non**
A-t-il été chez le dentiste récemment **Oui** **Non**

Poumons A-t-il fait des crises d'asthme depuis les 6 derniers mois ? **Oui** **Non**
Si oui, prend-t-il des médicaments ? **Oui** **Non**
Si oui, lesquels :

Élimination A-t-il des problèmes avec son urine ou ses intestins ? **Oui** **Non**
Si oui, lesquels : **infection** **malformation** **constipation**

Peau A-t-il des problèmes de peau ? **Oui** **Non**
Si oui, lesquels : **allergie** **eczéma** **sécheresse**
Autres :

Allergie A-t-il déjà souffert d'allergie(s) ? **Oui** **Non**
Si oui, lesquelles ?
Médicaments :

Autres :

Est-ce que ces allergies exigent une intervention particulière ? **Oui** **Non**

Si oui, vous devez compléter le document « Protocole concernant les allergies sévères »

Systeme nerveux

A-t-il déjà fait des convulsions (tremblements) ? **Oui** **Non**
Si oui, quelle en était la cause ? **Épilepsie** **coup à la tête** **fièvre**

Autres :

Que doit-on faire si cela se répète ?

.....

.....

ÉTAT DE SANTÉ (suite)

Autres maladies

A-t-il fait d'autres maladies ? **Oui** **Non**

Si oui, lesquelles :

A-t-il déjà été opéré ? **Oui** **Non**

Si oui, pourquoi ? À quel âge ?

A-t-il déjà été hospitalisé pour d'autres raisons ? **Oui** **Non**

Si oui, pourquoi ?

.....

À quel âge ? Combien de fois ? Durée du(des) séjour(s) ?

Maladies contagieuses

A-t-il déjà contracté les maladies suivantes ?

Coqueluche

Diphtérie

Scarlatine

Rubéole

Oreillons

Rougeole

Méningite

Autres :

Langage

Selon vous, parle-t-il selon son âge ?

Si oui, donnez des exemples :

.....

.....

Si non, qu'avez vous remarqué ?

.....

.....

Y a-t-il eu des interventions en orthophonie? **Oui** **Non**

Si oui, précisez :

.....

Médicaments

Actuellement prend-il des médicaments ? **Oui** **Non**

Si oui, lesquels

.....

Pourquoi ?

.....

Pour combien de temps

IMMUNISATION

Calendrier - régulier

Voici la liste des vaccins recommandés

<i>2,4, 6 et 18 mois</i>	<i>12 et 18 mois</i>	<i>4 à 6 ans</i>	<i>4^e année primaire</i>	<i>14 à 16 ans</i>
Vaccins				
DCT-Polio-HIB	RRO	DCT-Polio	Hépatite B	D2T5-Pplio
Protection contre				
Diphtérie	Rougeole	Diphtérie	Hépatite b	Diphtérie
Coqueluche	Rubéole	Oreillons	Coqueluche	Tétanos
Tétanos		Poliomyélite	Tétanos	Poliomyélite
Poliomyélite				
Haemophilus				
Influenzae type B				

À COMPLÉTER

Veuillez inscrire les dates de vaccination de votre enfant en vous référant à son au carnet de vaccination.

Diphthérie, Coqueluche, Tétanos, Polio, Haemophilus type B - DCT-POLIO-HIB			
	<i>Nom du vaccin</i>	<i>Date</i>	<i>Confirmation (cachet)</i>
1^{re} dose / /
2^e dose / /
3^e dose / /
1^{er} rappel / /
2^e rappel / /
Rougeole-Rubéole-Oreillons (vaccin trivalent)- RRO			
	<i>Nom du vaccin</i>	<i>Date</i>	<i>Confirmation (cachet)</i>
1^{re} dose / /
Rappel / /
HÉPATITE B			
	<i>Nom du vaccin</i>	<i>Date</i>	<i>Confirmation (cachet)</i>
1^{re} dose / /
2^e dose / /
3^e dose / /
Rappel / /
Autres			
	<i>Nom du vaccin</i>	<i>Date</i>	<i>Confirmation (cachet)</i>
1^{re} dose / /
2^e dose / /
3^e dose / /
1^{er} rappel / /
2^e rappel / /

AUTORISATION

Fiche médicament

Veillez prendre note que la responsable en service de garde en milieu familial (RSG), son assistante ou sa remplaçante administre un médicament seulement avec l'autorisation écrite du parent et une prescription du médecin traitant.

À cette fin, la fiche *Autorisation pour l'administration de médicaments* doit être remplie et signée avant que la RSG de l'enfant puisse administrer le médicament **prescrit** à l'enfant.

Autorisation en cas d'urgence

J'autorise, par la présente, la RSG _____, son assistante ou sa remplaçante à prendre les dispositions nécessaires relativement à la santé de mon enfant en **cas d'urgence**.

Oui **Non**

Autorisation si l'enfant est malade, blessé, etc.

J'autorise, par la présente, la RSG (nommée plus haut), son assistante ou sa remplaçante à consulter le personnel médical du CLSC, d'autres cliniques ou hôpitaux pour exercer toute intervention jugée pertinente pour la santé de mon enfant. Cependant, la RSG, son assistante ou sa remplaçante doit préalablement tenter de m'aviser de la situation.

Oui **Non**

Autorisation pour les produits suivants :

J'autorise la RSG (nommée plus haut), son assistante ou sa remplaçante à administrer à mon enfant les produits suivants en cas de besoin :

- ◆ Crème solaire (fourni par le parent ou la RSG) **Oui** **Non**
- ◆ Onguent de zinc (fourni par le parent ou la RSG) **Oui** **Non**
- ◆ Gouttes salines nasales (**doit être fourni par le parent**) **Oui** **Non**
- ◆ Lotion calamine (fourni par le parent ou la RSG)..... **Oui** **Non**
- ◆ Solution orale d'hydratation (fourni par le parent ou la RSG)..... **Oui** **Non**
- ◆ Baume à lèvres (**doit être fourni par le parent**)... .. **Oui** **Non**
- ◆ Gel lubrifiant en format à usage unique (fourni par le parent ou la RSG).... **Oui** **Non**
- ◆ Crème hydratante (**doit être fourni par le parent**) **Oui** **Non**
- Épinéphrine, tout médicament sur ordonnance (**doit être fourni par le parent et signature de l'autorisation pour administrer un médicament nécessaire**)

.....
Signature du parent

.....
Date