

FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE

PHOTO

ANTECEDENTS MEDICAUX DE LA FAMILLE

Nom : Prénoms : Classe : Sexe : M F
Né(e) le : À : Nationalité :
Groupe sanguin + Rhésus : (photocopie de la pièce à joindre)

ANTECEDENTS MEDICAUX DE LA FAMILLE

Avez-vous connaissance de maladies(accidents de Santé) jugés grave dans votre famille ? Si oui la ou lesquelles

ANTECEDANTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX DE VOTRE ENFANT

1 - Votre enfant souffre t-il (elle) de maladies actuellement ?

- Si **OUI** la ou lesquelles..... Depuis : le.....
Les médicaments utilisés :

2 - Votre enfant a-t-il (elle) subi ou est-il (elle) programmé(e) pour une intervention chirurgicale ?

- Si **OUI** la date : Nom de l'intervention :

AUTRES PROBLEMES PARTICULIERS DE SANTE DE VOTRE ENFANT

1 - Retard(s) de développement psychomoteur **OUI** **NON** Si **OUI**, lequel ?.....

L'enfant est-il (elle) suivi (e) par un consultant- traitant ?

Si **OUI**, son Nom:..... Prénoms..... Tel/Cel.....

2 - L'enfant est -il traumatisé actuellement par des accidents de santé ou autres évènements particuliers survenus dans la Famille (divorce, décès)

Si **OUI**, lesquels..... Depuis le...../...../.....

3 - L'enfant est-il allergique à un produit ? Si **OUI** le ou lesquels ?.....

EVACUATION SANITAIRES

1 - **Cas d'urgences (Personne à contacter) :**

Nom : Prénoms : Lien de Parenté :

Tel : Profession : Domicile :

2 - **Couverture santé**

L'enfant est-il couvert par une assurance médicale en cas d'évacuation d'urgence ? Si **OUI** laquelle?.....

3 - **Cas de référence**

Etablissement de référence souhaité par les Parents :

Consultant-traitant souhaité : Nom : Prénoms :

Profession : Service : Tel :

4 - **Avant toute évacuation**

Les actes de soins et gestes de premiers secours de l'infirmier du Collège. **Autorisation du parent : OUI** **NON**

Fait à Abidjan le /..... /
Date et Signature du parent ou tuteur légal.