

FICHE ELEVE DE 3^{ème} 2008-2009

N° DE L'ECOLE ⇒ |_|_|_|_|_|_|_|_| |

DEPARTEMENT ⇒ |_|_|_|_|

N° D'ORDRE DE L'ENFANT ⇒ |_|_|

SEXE DE L'ENFANT ⇒ M F

DATE DE NAISSANCE |_|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|_|
 Jour mois Année

PRESENCE DU CARNET DE SANTE OUI NON

RANG DE L'ENFANT (Parmi l'ensemble des enfants vivant au domicile) |_|_|_| / |_|_|_|

1 - DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

SITUATION FAMILIALE

- Parents (père + mère)
- Mère seule
- Père seul
- Mère + conjoint
- Père + conjoint
- Garde alternée
- Autres

SITUATION ACTUELLE DES PARENTS PAR RAPPORT A L'EMPLOI

Père

- En activité
- Chômeur
- Au foyer
- Retraité
- Sans objet

Mère

- En activité
- Chômeuse
- Au foyer
- Retraîtée
- Sans objet

PROFESSION DES PARENTS (cf. liste)

Père ⇒ |_|_| Mère ⇒ |_|_|

2 - DONNEES STATURO-PONDERALES

A LA NAISSANCE
(à recueillir sur le carnet de santé)

Terme ⇒ |_|_|_|
(en semaines d'aménorrhée)

Poids (en grammes) ⇒ |_|_|_|_|_|_|_|_|

Taille (en cm) ⇒ |_|_|_|

DANS LA 6^{ème} ANNEE

Date des mesures ⇒ |_|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|_|
 Jour mois Année

Poids (en kg) ⇒ |_|_|_|

Taille (en cm) ⇒ |_|_|_|

ACTUELLEMENT

Date de l'examen ⇒ |_|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|_|
 Jour mois Année

Poids (en kg) ⇒ |_|_|_|

Taille (en cm) ⇒ |_|_|_|

3 - ACTIVITE PHYSIQUE

Es-tu dispensé de sport à l'école en ce moment ? ⇒ NON OUI

Pratiques-tu RÉGULIÈREMENT un sport en dehors des horaires de classe ? ⇒ Jamais |_|_|_| Fois / semaine

Combien d'heures par jour AU TOTAL, regardes-tu HABITUELLEMENT la télé ou joues-tu aux jeux vidéo ou à l'ordinateur ?

	< 1 heure / jour	1 à 3 heures / jour	> 3 heures / jour
Les jours d'école (lundi, mardi, jeudi, vendredi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les jours avec peu d'école (mercredi ou samedi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les jours sans école (mercredi ou samedi, dimanche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 - HABITUDES ALIMENTAIRES

Tu prends habituellement un petit-déjeuner (une seule réponse)

☐ Tous les jours ☐ 4, 5 ou 6 fois / semaine ☐ 1, 2, 3 fois / semaine ☐ Jamais

Tu consommes habituellement

(une seule réponse par ligne)

	Tous les jours	4, 5 ou 6 fois / semaine	1, 2, 3 fois / semaine	Jamais
Boissons sucrées (sodas, jus de fruits, sirops, à l'exception des purs jus et des jus sans sucre ajouté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Légumes crus et cuits (sauf pommes de terre et autres féculents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruits (y compris purs jus et jus sans sucre ajouté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits laitiers (lait, yaourts, fromage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viandes, œufs, poissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pâtes, riz, semoule, pommes de terre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 - DENTITION

NOMBRE DE DENT(S) CARIEE(S) NON SOIGNEE(S) ☐ | ☐ | ☐

L'ENFANT EST-IL EQUIPE D'UN APPAREIL DENTAIRE ?

NOMBRE DE DENT(S) CARIEE(S) SOIGNEE(S) ☐ | ☐ | ☐

☐ Oui ☐ Non

6 - EXAMEN DE LA VISION

		TEST	Non évalué, faute de matériel adéquat
Anomalie(s) déjà connue(s)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui (Préciser laquelle ou lesquelles) <input type="checkbox"/> Myopie <input type="checkbox"/> Hypermétropie <input type="checkbox"/> Amblyopie <input type="checkbox"/> Astigmatisme <input type="checkbox"/> Strabisme <input type="checkbox"/> Autre (préciser en clair) 	
Porteur de lunettes ou lentilles ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, les réponses ci-dessous doivent correspondre à l'examen pratiqué AVEC correction (SAUF pour le dépistage de l'hypermétropie)	
Anomalie repérée à l'examen	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Strabisme	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Test / S ☐
Acuité visuelle de loin	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale	Test / M ☐
Hypermétropie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Test / H ☐
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale	☐

7 - EXAMEN DE L'AUDITION (réalisé à 30 décibels)

Matériel satisfaisant

☐ Oui ☐ Non

Conditions d'examen satisfaisantes (Absence de bruits, adolescent attentif...)

☐ Oui ☐ Non

Fréquences (en hertz)	500	1000	2000	4000	Appareil Auditif
Oreille droite	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreille gauche	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si au moins 1 des fréquences n'est pas entendue, préciser la nature du trouble (si l'examen est interprétable) :

- Trouble acquis (ou permanent) : Lésion auditive, malformation congénitale, infection congénitale
- Trouble temporaire (ou provisoire) : Bouchon de cérumen, otite séreuse, infection auditive
- Ne sait pas (si permanent ou temporaire)

Si l'enfant présente un trouble de l'audition était il :

- Inconnu avant l'examen de ce jour
- Connue et pris en charge :
Préciser le type de prise en charge

☐ Connue et non pris en charge

8 - LANGAGE

L'enfant bénéficie-t-il d'aménagements de sa scolarité pour troubles du langage (photocopies, AVS, rééducation pendant le temps scolaire, etc) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Information non disponible

9 - SANTÉ RESPIRATOIRE

1. As-tu déjà eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque de ta vie ?

Oui → Si oui, aller à la question 2

Non → Si non, passer directement à la question 6

2. As-tu eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque durant les 12 derniers mois ?

Oui → Si oui, aller à la question 3

Non → Si non, passer directement à la question 6

3. Combien de fois as-tu eu des crise(s) de sifflements durant les 12 derniers mois ?

aucune 1 à 3 fois

4 à 12 fois plus de 12 fois

4. Durant les 12 derniers mois, combien de fois, en moyenne, ces crises de sifflements t'ont-elles réveillé(e) ?

jamais réveillé(e) avec des sifflements

moins d'une nuit par semaine

une ou plusieurs fois par semaine

5. Durant les 12 derniers mois, est-il arrivé qu'une crise de sifflements ait été suffisamment grave pour t'empêcher de dire plus de 1 ou 2 mots à la suite ?

Oui Non

6. As-tu déjà eu des crises d'asthme ?

Oui Non

7. Durant les 12 derniers mois, as-tu entendu des sifflements dans ta poitrine pendant ou après un effort ?

Oui Non

8. Durant les 12 derniers mois, as-tu eu une toux sèche la nuit, alors que tu n'avais ni rhume, ni infection respiratoire ?

Oui Non

9. Au cours des 12 derniers mois, as-tu pris des médicaments contre les crises de sifflements ou d'asthme ? (cf liste)

Oui Non

Si l'enfant a répondu "oui" à Q2 ou Q6, poser Q10 et Q11 ; sinon passer au module "accidents de la vie courante".

10. Durant les 12 derniers mois, combien de fois as-tu vu un médecin ou es-tu allé aux Urgences à l'occasion de crises de sifflements ou d'asthme ?

Nombre de fois |__|__|

11. Durant les 12 derniers mois, as-tu été hospitalisé en raison d'une crise de sifflements ou d'asthme ?

Oui Non Si oui, nombre de fois |__|__|

10 - ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE (voir guide de remplissage)

AS-TU EU UN ACCIDENT OU T'ES-TU BLESSÉ(E)

depuis la fin de la dernière année scolaire (depuis le 1^{er} juillet 2008) ? NON OUI Combien d'accidents ? |__|__|

Si non, passer au module "Statut vaccinal".

SI OUI, et pour l'accident "le plus grave" :

- Était-ce un accident de la circulation ? NON OUI préciser la situation de l'enfant accidenté (voiture, scooter, vélo, piéton, autre)

- Qu'est-ce que tu as eu ?

(orienter la réponse pour obtenir une information sur la lésion et la partie lésée)

- Où cet accident s'est-il passé ? (lieu : plusieurs réponses possibles)

Cadre scolaire	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Voie publique (rue, trottoir, parking)	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Terrain de sport ou installation sportive	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Domicile	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Lieu de loisir	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Autre	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

- Quand cet accident est-il survenu ?

Pendant les grandes vacances scolaires (du 1/7 à la rentrée)	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Pendant la période scolaire	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Pendant d'autres vacances scolaires	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Préciser le mois de survenue	__ __

- Qu'est-ce que tu faisais ? (activité)

Sport	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Jeux, autres activités de loisir	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Sport organisé	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Déplacement	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Quel sport ?		Autres activités, préciser	

- Comment est-ce arrivé (chute, choc, brûlure, coupure, etc.) ? (mécanisme, voir liste)

- Conséquences :

Dans les 48 heures qui ont suivi cet accident, as-tu été limité dans tes activités ? NON OUI limité OUI sévèrement limité

As-tu eu à cette occasion une dispense d'éducation physique et sportive ? NON OUI Combien de semaines ? |__|__|

11 - STATUT VACCINAL

A renseigner **exclusivement** à l'aide du carnet de santé. En cas d'hésitation, reportez-vous au guide de remplissage

1 - BCG et tests tuberculiques

	Date
Premier BCG	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ J J M M A A
Premier test tuberculique	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
Nombre de BCG administrés au total (y compris le 1 ^{er} et le dernier)	_

Type de vaccin ou Test – Résultat du Test

ID Bague (Monovax®)

IDR Bague (Monotest®)

Résultat du 1^{er} test post-vaccinal + -

Douteux Non lu

Nombre de tests tuberculiques post-vaccinaux
réalisés au total (y compris le 1^{er} et le dernier) |_|

2 - Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche et haemophilus influenzae b

Nous vous prions de bien vouloir préciser clairement dans cette rubrique le nom du vaccin utilisé et la date de l'injection (même chose pour les rubriques 2 à 6). En cas de doute, voici les noms des vaccins disponibles lors de la vaccination de l'enfant :

**ActHib®, Boostrixtetra®, DTCoq®,
DTCP Pasteur®, DTPolio®, DTP Pasteur®,
Hexavac®, Hibest®, InfanrixHexa®,
Infanrix Polio®, Infanrix Polio Hib®, InfanrixTétra®,
InfanrixQuinta®, Pentacoq®, Pentavac®,
Pent-Hibest®, Repevac®, Revaxis®,
Tétracoq®, Tétravac®**

	Nom du vaccin	Date
1		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ J J M M A A
2		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
3		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
4		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
5		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
6		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _

3 - Hépatite B

	Nom du vaccin	Date
1		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ J J M M A A
2		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
3		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
4		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _

Vaccins concernés :
**Genhevac B®, Engerix B®, HBVaxDNA®, HBVaxPRO®,
Twinrix®, Hexavac®, Infanrixhexa®**

4 - Rougeole, oreillons, rubéole

	Nom du vaccin	Date
ROR 1		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ J J M M A A
ROR 2		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
Rougeole (Rouvax®)		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
Rubéole (Rudivax®)		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _

Vaccins concernés pour ROR1 et ROR2 :
ROR®, ROR Vax®, Priorix®

5 - Papillomavirus Humain

	Nom du vaccin	Date
1		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ J J M M A A
2		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
3		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _

Vaccins concernés :
- Gardasil®, Cervarix®

6 - Autres vaccins

	Nom du vaccin	Date
1		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ J J M M A A
2		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
3		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
4		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
5		_ _ _ / _ _ _ / _ _ _

Vaccins concernés :

- **Varicelle : Varivax®, Varilrix®**
- **Méningocoque : Meningitec®, Meninvact®, Menjugate®, Neisvac®**
- **Grippe : Agrippal®, Fluarix®, Fluvirine®, Immugrip®, Influvac®, Mutagrip®, Previgrip®, Vaxigrip®**
- **Hépatite A : Avaxim®, Havrix®, Twinrix®, Vaqta®**
- **Pneumocoque : Pneumo23®**

Note : Si l'enfant a été vacciné plusieurs fois contre la grippe ou contre le pneumocoque, noter uniquement la date de la dernière injection

Merci de vérifier la cohérence des dates de naissance, d'examens et de vaccination.

Commentaires :