

# 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.