



Écoles de la Ville Columbus
Services de Santé, Famille et Communauté

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ D'ÉTUDIANT

École _____ Salle de Classe _____

Le nom de l'enfant _____ Date de Naissance _____ Sexe _____

Le nom de la mère de: _____ Le nom du père de: _____

Qui est le médecin régulier de l'enfant? _____ Date du dernier examen? _____

L'INFORMATION DE SANTÉ DE NAISSANCE

1. La mère a-t-elle problèmes ou une maladie peu communs pendant la grossesse ou la livraison?
_____ Oui _____ Non Si oui, expliquez brièvement: _____

2. Est-ce que cet enfant a problèmes ou complications peu communs pendant la livraison ?
_____ Oui _____ Non
Si oui, expliquez brièvement: _____
Combien l'enfant a pesé quand il/elle est né: _____
Cet enfant était né: À Terme _____ Tôt _____ Tard _____ ?
3. A eu l'enfant des maladie ou des problèmes pendant qu'il/elle était dans l'hôpital, tel que l'ictère jaune, bleu orthographe ou convulsions? _____ Oui _____ Non Si oui, expliquez brièvement: _____

L'INFORMATION DE CROISSANCE ET DE DÉVELOPPEMENT

1. Veuillez donner l'âge approximatif auquel l'enfant:
_____ S'est redressé tout seul _____ A marché _____ A dit des mots simples
_____ A dit des phrases _____ A appris à aller seule à la toilette
2. Comment est le développement de cet enfant compare-t-il/elle à d'autres enfants, tels que des frères, des soeurs ou des amis? _____ À peu près identique _____ Plus lent _____ Plus rapidement

ÉTATS DE SANTÉ: Veuillez vérifier n'importe quel cet enfant a eu

- | | |
|---|---------------------------------------|
| _____ Varicelle (quelle année ?) | _____ Fièvres élevées |
| _____ Diabète | _____ Ouïe pauvre |
| _____ Problèmes de vue, la vue pauvre ou les yeux croisés | _____ Saisies ou épilepsie |
| _____ Infections fréquentes d'oreille | _____ La maladie de drépanocyte |
| _____ Tubes dans des oreilles | _____ Mal de dents/infection dentaire |
| _____ Maux de tête fréquents | _____ Commotion Cérébrale |
| _____ Saignement de nez fréquentes | _____ Tumeur au cerveau |
| _____ Gorges endolories fréquentes | _____ Méningite/Encéphalite |
| | _____ Autre? Liste: _____ |

Est-ce que votre enfant est malade beaucoup? Si oui, expliquez s'il vous plaît:

ALLERGIES & ASTHME:

1. S'il vous plaît énumérez et décrivez les allergies ou les réactions aux:

Médicaments/drogues _____

Nourritures/plantes/d'autres _____

Piqûres d'abeille ou de guêpe _____

2. Si l'allergie est grave, quel est le traitement recommandé pour une réaction? _____
_____ Vaccins contr' allergie?

3. Cet enfant a-t-il un asthme qui a été diagnostiqué par un docteur? _____ Oui _____ Non

Si oui, quel traitement a été prescrit? _____

BLESSURES, MALADIES & CHIRURGIES:

Veillez énumérer n'importe quelles graves blessures, maladies ou chirurgies:

| Blessures, Maladies, Chirurgies | Age d'enfant | Si Hospitalisé, Vérifiez Ici |
|---------------------------------|--------------|------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Cet enfant jamais a-t-il été vu aux urgences ou hospitalisé pour une blessure à la tête? ___Oui ___Non

Cet enfant a-t-il jamais perdu la conscience en raison d'une chute, accident de voiture, ou a-t-il frappé dans la tête? ___Oui ___Non

Informations Supplémentaires:

1. Quels médicaments sont donnés quotidiennement? _____

2. Quels médicaments sont donné fréquemment, mais pas quotidiennement? _____

3. Cet enfant est habituellement: _____ très active _____ normalement active _____ plutôt inactif

4. Est-ce que l'un(e) des membres de la famille ont des maladies à long terme, telles que le diabète ou la tension artérielle?

Si oui, quelle maladie? _____

5. Avez-vous autres commentaires ou soucis concernant la santé de votr'enfant, développement, comportement, famille ou vie à la maison que vous voudriez que l'école se rende compte? Si oui, expliquez s'il vous plaît: _____

6. Est-ce que cet enfant a des besoins adaptatifs ou médicaux? ___Oui ___Non
(c.-à-d., verres, appareil auditifs, déambulateurs, croisillons de jambe, fauteuil roulant, cathéter, tube d'alimentation, restrictions diététiques, etc.)

Si oui, décrivez s'il vous plaît: _____