



FORMULAIRE DE VISITE MÉDICALE SCOLAIRE

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance: _____

Nom du parent/tuteur : _____ Date de l'examen : _____

1. Antécédents médicaux

CONTEXTE FAMILIAL

Asthme () NON () OUI - Si oui, qui : _____
Épilepsie () NON () OUI - Si oui, qui : _____
Troubles mentaux () NON () OUI - Si oui, qui : _____
Conditions héréditaires () NON () OUI - Si oui, qui : _____

PARCOURS PERSONNEL

Asthme () NON () OUI
Épilepsie () NON () OUI
Allergies () NON () OUI - Si oui, décrivez : _____
Troubles mentaux () NON () OUI - Si oui, décrivez : _____
Handicap physique () NON () OUI - Si oui, décrivez : _____
Chirurgies antérieures () NON () OUI - Si oui, décrivez : _____

Autres problèmes de santé : _____

Médicaments à usage continu : _____

2. Examen physique

Hauteur: _____ cm/po Poids: _____ kg/lb IMC : _____
Vitalité : PA : _____ mmHg HEURE: _____ bpm FR : _____ bpm Température : _____ °C/°F

Cardiovasculaire : Normal : ☐ Oui ☐ Non (détails) _____

Respiratoire : Normal : ☐ Oui ☐ Non (détails) _____

Abdomen : Normal : ☐ Oui ☐ Non (détails) _____

Peau : Normale : ☐ Oui ☐ Non (détails) _____

Notes supplémentaires : _____

3. Évaluation développementale et comportementale

- Capacités motrices : ☐ Normal ☐ Préoccupation
- Langue: ☐ Normal ☐ Préoccupation
- Interactions sociales : ☐ Normal ☐ Préoccupation
- Cognitif: ☐ Normal ☐ Préoccupation
- Évaluation comportementale : ☐ Normal ☐ Préoccupation

4. Dépistage de la vision et de l'audition

VISION: ☐ Normal ☐ Préoccupation

• Diagnostic existant : _____ Ordonnance: _____

• Orientation vers un spécialiste : ☐ Oui ☐ Non

AUDIENCE: ☐ Normal ☐ Préoccupation

• Diagnostic existant : _____ Ordonnance: _____

• Orientation vers un spécialiste : ☐ Oui ☐ Non

5. Vaccinations (voir page 4 pour plus de détails)

- Statut vaccinal : ☐ À jour ☐ Due _____
 - Vaccins administrés aujourd'hui : _____
 - Vaccins administrés aujourd'hui : _____

6. Évaluation nutritionnelle

- Régime/Nutrition : ☐ Normal ☐ Préoccupation
- Niveaux d'hémoglobine (si testé) : ☐ Normal ☐ Préoccupation
- Recommandations (le cas échéant) : _____

7. Dépistage des allergies

- Allergies connues (aliments, médicaments, animaux) : _____
- Signes d'allergies : ☐ Aucun ☐ Présent
- Recommandations scolaires (le cas échéant) : _____

8. Santé dentaire

- Examen oral : ☐ Normal ☐ Cavités ☐ Problèmes de gencives
- Orientation vers le dentiste : ☐ Oui ☐ Non

9. Références

- **Spécialistes référencés :** _____
- **Spécialistes référencés :** _____

Commentaires : _____

Nom du fournisseur : _____ **Signature:**

Date de la prochaine visite : _____

Vaccin	Date	Date	Date	Date
BCG (Bacillus Calmette-Guérin)				
Hépatite B				
Polio (VPI/VPO)				
DTC (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche)				
Hib (Haemophilus influenzae type b)				
PCV (vaccin conjugué contre le pneumocoque)				
Vaccin contre le rotavirus				
ROR (rougeole, oreillons, rubéole)				
Fièvre jaune				
Varicelle (varicelle)				
Hépatite A				

Autre:
