

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX ELEVES (confidentiel)
DE L'INSTITUT DOMINIQUE PIRE

1) Information sur l'identité :

Nom Prénom Sexe
Date de naissance Lieu Nationalité
Adresse
Tél. Privé ou en cas d'urgence
Nom et adresse du médecin traitant
Adresse des écoles fréquentées précédemment (par ordre chronologique) :
.....
.....

2) Antécédents familiaux :

Y a-t-il dans la famille des cas de (*entourer* si nécessaire) :
Tuberculose – Cancer – Diabète - Affections nerveuses - Affections pulmonaires - Affections
cardiaques – Allergies – Asthme - Affections cutanées – Autres :

Vos parents sont-ils bien portants ?
malades ou décédés/ de quelle affection ?
.....
Vos frères et sœurs sont-ils bien portants ?
malades ou décédés/ de quelle affection ?

3) Vos antécédents personnels :

Y a-t-il eu des complications à votre naissance ?
Si oui, lesquelles ?

Pour les filles, âge des premières règles :
Avez-vous des enfants ? Combien ?.....
Problèmes éventuellement rencontrés :

Maladies et accidents :

Avez-vous présenté une ou plusieurs des maladie(s) suivante(s) : (*entourer*)
Rougeole / Rubéole / Oreillons / Varicelle / Scarlatine / Diphtérie / Coqueluche / Rhumatisme
articulaire aigu/ Otite Tuberculose / Pleurésie / Pneumonie / Bronchite / Angine / Sinusite /
Méningite / Encéphalite / Hépatite / Allergies à/Asthme /
Eczéma / Urticaire / Rhume des foins / Oedème de Quincke / Epilepsie / Spasme du sanglot /
Commotion cérébrale / Crise nerveuse / Diabète / Souffle cardiaque.
Avez-vous été hospitalisé ? Date ? Pourquoi ?
.....
Accidenté ? Lieu de l'accident ? Date
.....
Opéré ? Date ? De quoi ?
Fracture(s) ? Date ? De quoi ?
Autres ? Date ?

4) Vaccinations

AVEZ-VOUS DEJA RECU LES VACCINS SUIVANTS (1)

Vaccins	3 mois	4 mois	5 mois	13/14 mois	15/18 mois	5/6 ans	12 ans	A partir de 16 ans
Polio								
Diphthérie								
Tétanos								
Coqueluche								
Anti-Méningite (HIB)								
RRO Rougeole Rubéole Oreillons								
Méningite C								
Hépatite A								
Hépatite B								
BCG Tuberculose								
Autre(s)								

(1) si « oui » : indiquer la date du vaccin

5) Votre santé actuelle

Selon vous, êtes-vous généralement : en bonne santé ?
 pas en bonne santé ?

Présentez-vous un déficit de la vue ? cause connue ?

Portez-vous des lunettes ou des lentilles et depuis quand ?.....

Présentez-vous un déficit de l'audition ? cause connue ?.....

Présentez-vous ? (*entourer*) maux de tête / sommeil agité / endormissement difficile / caractère difficile / tendance syncopale / fatigue anormale / mauvaise digestion / mal au ventre / mauvais appétit / incontinence d'urines diurne / nocturne ?

Suivez-vous actuellement un traitement (*entourer*) logopédie / kiné / orthodontie / médicament(s) /

/ autre(s)

Avez- vous subi un test tuberculinique (Intra-Dermo) ? Oui ou Non

Si OUI, date du dernier Test Résultat

Avez-vous subi une radio du thorax ? Oui ou Non. Si oui, pouvez-vous amener les résultats.

Merci pour le soin que vous avez mis à compléter ce questionnaire.

Date et signature :

Veillez apporter votre carte de vaccination le jour de la visite médicale, lentilles et lunettes, s'il vous plaît.