

Questionnaire strictement confidentiel

Service de Médecine Scolaire

SUPERIEUR

**A compléter et à remettre à l'infirmière
lors de la visite médicale**

ANNEE SCOLAIRE 2022-2023

Numéro national (commence par la date de naissance inversée) _ _ . _ _ . _ _ - _ _ . _ _ - _ _

Nom _____ **Prénom** _____ **Sexe** _____

Date de naissance _____ **Lieu** de naissance _____ **Nationalité** _____

Domicile _____ **Téléphone** _____

Adresse mail _____

Ecole actuelle _____ **Classe** _____

Ecoles antérieures : en 4^e secondaire _____

Nom, prénom du père _____ profession _____

Lieu et date de naissance _____ nationalité _____

Nom, prénom de la mère _____ profession _____

Lieu et date de naissance _____ nationalité _____

Médecin traitant (nom et adresse) _____

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Un membre de votre famille a-t-il présenté une des affections suivantes :

tuberculose – asthme – eczéma – goitre – diabète, autres : _____

ANTECEDENTS PERSONNELS

Accouchement : avant terme à terme Poids à la naissance _____ Jumeaux Triplés

Avez-vous présenté depuis votre naissance une ou plusieurs des affections suivantes : convulsions – épilepsie – méningite – otite – hépatite A ou B – rougeole – rubéole – oreillons – varicelle – allergies – autres :

Etes-vous atteint **actuellement** d'une des affections suivantes : diabète, hépatite, allergie, asthme, eczéma, autres :

Complications éventuelles de maladies : _____

Traitements médicaux (indiquer date et motif éventuel) : _____

Interventions chirurgicales : _____

Hospitalisations : _____

A REMPLIR A CHAQUE VISITE

VACCINATIONS (joindre une PHOTOCOPIE DE LA CARTE DE VACCINATION ou indiquer les dates)

Polio – Diphtérie – Tétanos Coqueluche – Hib – Hépatite B	RRO Rougeole – Rubéole – Oreillons	Papillomavirus
1	1	1
2	2	2
3	Méningite C	3
4	1	Méningite B
Tétravalent (rappel 5-6 ans) Diphtérie – Tétanos – Coqueluche – Polio	2	1
	3	2
	Pneumocoque	3
Rappel DTC (Tétanos) (15-16 ans)	1	Autres
	2	
	3	COVID
	4	

Lors d'une vaccination antérieure, avez-vous présenté une réaction allergique ? OUI NON
Si oui, laquelle _____

Depuis l'examen médical précédent, avez-vous présenté un problème de santé ? OUI NON
Si oui, lequel _____

Décès éventuel (âge et cause) ou affection grave présentée par un membre de la famille depuis l'examen précédent ?

Avez-vous actuellement un état de santé que vous jugez déficient ? Si OUI, en quoi ? _____

Un trouble de la vue ? Si oui, lequel ? _____

Un trouble de l'audition ? Si oui, lequel ? _____

Un trouble du sommeil ? Si oui, lequel ? _____

Âge des premières règles ans

Taille et poids du père et de la mère (influence génétique)

Père : cm _____ kg _____ Mère : cm _____ kg _____

Si vous venez d'un pays étranger, veuillez indiquer :

● la date d'entrée en Belgique _____

● s'il y a eu un dépistage de la tuberculose : OUI NON si OUI
radiographie (date) : _____ intradermo-réaction (date) : _____

Dans quel centre de dépistage :

Centre d'accueil (Office des étrangers) Fedasil Médecin traitant Autre (à préciser) _____

Pratiquez-vous une activité en dehors de l'école ? OUI NON

Laquelle _____

Date et signature
