

## 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<sup>e</sup> 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**

\_\_\_\_\_