

MALADIES

A-t-il des allergies : oui non

Si oui, lesquels :

.....
.....
.....

Est-il asthmatique : oui non

A-t-il eu des convulsions : oui non

Si oui à quel âge :.....

En a-t-il encore : oui non

Fréquence :

Est-il épileptique : oui non

Est-il diabétique : oui non

Est-il sujet à la maladie cardiaque : oui non

Si oui, dernier bilan :

Autres (préciser nature et dates) :

.....
.....
.....

HANDICAP MENTAL :

Déficiences intellectuelle moyenne : oui non

Déficiences intellectuelle légère : oui non

HANDICAP PHYSIQUE :

Origine :

.....
.....
.....
.....
.....

Nature :

.....
.....
.....
.....
.....

TROUBLES SENSORIELS

Voit-il bien : Sans lunette oui non
 Avec lunette oui non

Entend-il bien : oui non
Porte-t-il un appareil auditif oui non
Déficience du langage et de la parole oui non

Si oui, précisez :
.....

GYNECOLOGIE

Utilise-t-elle un moyen de contraception : oui non

Si oui, lequel :

La question a-t-elle été abordée avec elle : oui non

Y a-t-il une contre-indication médicale à une contraception :

.....

Précisions supplémentaires éventuelles :

.....

TROUBLES PSYCHIQUES

Existe-t-il un diagnostic : oui non

Lequel :

.....

.....

Est-il suivi par un médecin psychiatre : oui non

A quel rythme :.....

.....

Coordonnées :

.....

.....

.....

ADDICTIONS

A-t-il des problèmes d'addictions ? oui non

Si oui lesquelles ?

.....

.....

Bénéficie-t-il d'une aide ?

.....

VACCINATIONS

D.T.P : date : .../.../... dernier rappel : date : .../.../...

B.C.G : date : .../.../... dernier rappel : date : .../.../...

Hépatite : date : .../.../... dernier rappel : date : .../.../...

Autres : Date : .../.../... préciser :

 Date : .../.../... préciser :

 Date : .../.../... préciser :

HOSPITALISATIONS

Du / / au / / Motif

Du / / au / / Motif

Du / / au / / Motif

Du / / au / / Motif

En cas d'hospitalisations récentes, joindre un compte rendu d'hospitalisation.

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Précisez la nature et les dates

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OBSERVATIONS PARTICULIERES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TRAITEMENT ACTUEL

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom du Médecin Traitant :

Coordonnées :

.....
.....
.....
.....

Visa du Médecin :

Tampon :